

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



AHISKALI TÜRK KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Madina BEDEL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ

ANKARA

2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AHISKALI TÜRK KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Madina BEDEL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ

ANKARA
2022

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum " Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümümyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Madina BEDEL

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında

Madina BEDEL tarafından hazırlanan
"Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Etkieyen Faktörlerin İncelenmesi" adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 6.07.22

İmza

Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri başkanı

İmza	İmza
Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR	Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ
Ankara Üniversitesi	Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik Fakültesi
Raportör	Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Fügen AKTAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

Bu çalışma Ahıskalı Türk kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Çalımanın hemşirelerin danışmanlık rolü çerçevesinde Ahıskalı Türk kadınlara yönelik aile planlaması hizmetlerine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bana her zaman yol gösteren ve bilgi ve tecrübeleri ile destek olan değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ ’a,

Eğitim hayatımın önünü açan, bana her zaman destekte bulunan değerli dayım Doç. Dr. Bahtiyar MUHAMMEDOĞLU ve ailesine,

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Gülşen RAMİZ ve Gürsu 1 nolu Kurtuluş Aile Sağlığı merkezi ekibine,

Üzerimde emekleri olan, hayallerimi gerçekleştirmemi sağlayan, güç kaynağım olan fedakar annem, babam ve tüm aileme sonsuz teşekkür ederim.

SİMGE VE KISALTMALAR

AP	Aile Planlaması
APTÖ	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
RİA	Rahim içi araç
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	World Health Organization
USAID	United States Agency For International Development
KOK	Kombine oral kontraseptif
UN	United Nations
TJOD	Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
p	Önemlilik Belirtme Katsayısı
$\chi 2$	Kruskal-Wallis H test

ÇİZELGELER

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Aile planlaması (AP) birey ve çiftlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarında, istenmeyen gebeliklerden kaçınmalarında rol oynayan ve halk sağlığı düzeyini yükselten bir sağlık hizmetidir (Bucak ve ark, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2015) tarafından AP, anne ve çocuk ölümlerini azaltarak güvenli anneliğe ulaşmak için gereken temel üreme sağlığı girişimi olarak tanımlanmaktadır. Başarılı bir AP programı anne ve çocuğun sağlığını korur, riskleri azaltır, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmenin yanı sıra anne ve çocuk ölümlerini önemli bir seviyede azaltır (Şekerci ve ark, 2020). Özellikle postpartum dönemde kadınlar istenmeyen gebelikler açısından risk altındadır (Çetişli ve ark., 2020). Etkili AP'nin ise çok sayıda kadının ve bebeğin hayatını kurtarabileceği düşünülmektedir (Jacob ve ark., 2008). Ayrıca bazı modern aile planlaması yöntemleri HIV enfeksiyonu da dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma özelliği sayesinde kadın sağlığına da olumlu etki etmektedir (Soler ve ark., 2000).

Ülkemizde yıllar içerisinde Aile Planlamasına yönelik pek çok adım atılmış ve çalışmalar yürütülmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılına ait verilerine göre son beş yılda gebeliği önleyici yöntem kullanımı %74'ten %70'e gerilemiştir. Ayrıca toplam aile planlaması talebinin %60'ı modern yöntemler ile karşılanmaktadır. Doğurganlık hızına bakıldığı zaman 2008 – 2018 yılları arasında hem toplam istenen doğurganlık hızı hem de toplam gerçek doğurganlık hızı artmıştır. Bölgelere göre istenen doğurganlık hızına bakıldığı zaman en büyük fark Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar için gözlenirken (0,6), en küçük fark Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan kadınlarda (0,2) gözlenmiştir (TNSA , 2018).

Kadınların aile planlaması yöntemlerine başvurmalarına etki eden temel faktör tutumlarıdır. Tutum, bir bireyin nesnelere, insanlara, yerlere, olaylara ve fikirlere karşı

oluşan duygusal eğilimdir (Papanastasiou ve ark., 2002). Tutumların gözlenmesi zor olsa da davranışları etkilediği bilinmektedir. Birey çevresindeki kişilerin de AP'ye yönelik tutumlarından etkilenebilmektedir (Tezel ve ark., 2015). Kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve seçimi konusundaki davranışları, aile planlamasına yönelik tutumlarının belirlenmesinde, AP hizmetlerinin etkili olmasında önemlidir (Alpu ve Fidan., 2009). Aile planlamasına yönelik tutumu incelemek için 424 kadınla yapılan bir araştırmada katılımcıların aile planlanlaması tutum puan ortalamasının düşük, dolayısıyla AP'ye yönelik tutumlarının yeterli seviyede olmadığı tespit edilmiştir (Ejder ve ark., 2010). Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre ise 15 yaş ve üzeri kadınlar ve erkekler için ideal çocuk sayısı kentsel kesimle karşılaştırıldığı zaman yüksek olarak gözlenmiştir. Bunun yanı sıra çalışmanın yapıldığı bölgede gebelik oranının istenen çocuk sayısından yaklaşık iki kat fazla olduğu saptanmıştır (Özcirpi ve ark., 2005). Bir başka çalışmada Roman kadınların AP'ye yönelik tutumları incelenmiş ve olumsuz yönde olduğu görülmüştür dolayısıyla AP kullanma düzeylerinin istenilen oranda olmadığı ve kullanılan yöntemlerin daha çok kadınlara yönelik olduğu görülmüştür (Avci ve ark, 2018).

Araştırmalar AP'ye yönelik tutumların çeşitli faktörlerden etkilendiğini göstermiştir (Galazios ve ark., 2001). Bu faktörlerden bazıları inançlar, sosyo – demografik özellikler, doğum kontrolüne yönelik bilgiyi içerir (Speizer ve ark, 2001). Ayaz ve Yaman'ın (2009) evli kadınların aile planlamasına yönelik tutumları incelendikleri çalışmalarına göre, kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarının iyi olduğu, yarısının etkili bir aile planlaması yöntemi kullandığı ve öğrenim düzeyi, gebelik sayısı, gelecekte çocuk isteme, aile planlaması konusunu başkalarından duyma gibi durumların AP'ye yönelik tutumları etkilediği sonucuna varılmıştır (Ayaz ve Yaman., 2009). Yapılan başka bir çalışmada ise katılımcı kadınların yarısından çoğunun (%62) AP yöntemlerini kullanırken hamile kaldığı belirlenmiş ve bunun başlıca sebeplerin kondom kullanımı ve kullanılan yöntem hakkında yeterince bilgi sahibi olmama olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmaya göre isteyerek düşük yapmanın AP yöntemi olduğu düşüncesinin yaygın olduğu görülmüştür (Atan ve ark, 2011). Bir başka raştırmaya göre, toplumda AP'ye yönelik pek çok yanlış inanışın olduğunun altını çizmektedir (Örsal ve Kubilay, 2007). AP'ye yönelik genel tutumun

incelendiği bir araştırmada katılımcı kadınların birden fazla çocuk sahibi olmanın yüksek çocuk ölümlerini telafi ettiğine, kontraseptif kullanımının kısırlığa yol açacağına ve dini inaçlara göre günah olduğuna, AP yöntemleri kullandıkları takdirde eşleri tarafından terk edileceklerine inandıkları görülmüştür (Alemayehu ve ark, 2016). Benzer şekilde Güney Asyalı göçmen katılımcıların Asyalı olmayan katılımcılar ile karşılaştırıldığı bir araştımaya göre, kültürel yasaklar, aile baskısı, yan etkilerden korkma gibi nedenlerle AP yöntemi kullanımının düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmaya göre göçmenlik AP yöntemlerine karşı tutumları doğrudan etkilemektedir (Farid ve ark, 2013).

Göç, insanın doğal yaşama alanından zorlayıcı sebeplerle istemli ya da istemsiz olarak kopması sonucu ortaya çıkan bir olgudur ve bu duruma maruz kalan kişiye göçmen denmektedir (Olcay., 2012). Türkiye ise artan küreselleşme ile birlikte artan insan haraketliliğinden etkilenmiştir ve en çok göç alan ülkeler arasında gelmektedir. Bu nedenle göçmen sağlığı konusundaki araştırmalar önem taşımaktadır. Göçmenlerin anne ve çocuk sağlığı, ev sahibi ülkeyi etkilemesi bakımından önem taşımaktadır. Bu bağlamda literatür çalışmalarına bakıldığı zaman göçmen kadınların bulundukları ülkelerde karşılaştıkları farklı sorunlar sonucunda aile planlaması gibi hizmetlere erişmede sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Örneğin Norveç'te yaşayan göçmenler üzerinde yapılan bir çalışmada kültürel yaklaşımların doğum kontrolü yöntemlerini etkilediği, bazı göçmen kadınların hormonal kontrasepsiyon kullanma oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Diaz ve ark., 2019). Finlandiya'da yapılan bir araştırmaya göre ise göçmenler arasında kürtaj sonrası aile planlaması yöntemlerine yönelimin oluştuğu ve bunun önemli sebebinin sosyokültürel etkenler olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak okur yazarlık ve dil sorunlarının aile planlaması hizmetlerine erişimde etkisi olduğu bilinmektedir (Väisänen ve ark, 2018). Ülkemizde ise İstanbul'da ikamet eden belgesiz göçmen kadınların üreme sağlığı sorunları araştırıldığında temel olarak istenmeyen gebelik, aile planlaması hizmetlerine erişmede eksiklikler gibi sorunların ön plana çıktığı görülmektedir. (Mamuk ve ark, 2021).

Araştırmamızın evrenini oluşturan Ahıskalı Türk kadınlar da 1944 yılında günümüzde Gürcistan sınırları içerisinde yer alan Ahıska bölgesinden sürgün edilmeleri nedeni ile farklı ülkelerde göçmen olarak bulunmuştur (Aydıngün, 1998). Post sovyet ülkelerinde ve ABD'de yaşamını sürdürmekte olan Ahıskalı Türkler son yıllarda Türkiye'ye de yoğun bir şekilde tersine göç gerçekleştirmektedirler (Avci, 2012). Kültürel inançlar ve yaklaşımları yoğun olan Ahıskalı göçmen kadınların sağlığı konusunda bir çalışmaya ulaşılamamıştır.Literatürde karşılaştığımız araştırmalara bakıldığında göçmen kadınların AP hizmetlerine ulaşımı konusunda yetersizliklerin olduğu görülmüştür (Mamuk ve ark, 2021). Bu hizmetin geliştirilmesi ve beklenen düzeyde etki edebilmesi için aile planlamasına yönelik hemşirelerin danışmanlık hizmetleri ve çalışmaları son derece önemlidir. Bundan dolayı bu araştırma farklı coğrafyalarda yaşayan ve Türkiye'ye geri dönüş gerçekleştiren, sosyo–demografik özellikleri ile bulundukları topluma etki ettiği görülen Ahıskalı Türk kadınlarının aile planlamasına yönelik tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1 Aile Planlamasının Tanımı ve Amaçları

AP çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermelerini sağlayan bir uygulamadır (UN, 2017). AP uygulaması hem anne–bebek hem de toplum sağlığı için önem arz etmektedir. Çiftlerin gebelik aralıklarını iki yıldan fazla tutmaları halinde anne ölümlerini %30, bebek ölümlerini ise %10 önlediği görülmektedir (Cleland, 2006). Bundan dolayı birçok ülkede aile planlaması uygulamalarının yaşam standartlarının arttırılması ile özellikle kadınlara yarar sağladığı görülmektedir (Hatcher ve Deborah, 1990). Aile planlamasının diğer amaç ve yararları şunlardır:

- Yüksek riskli gebeliklerin önüne geçerek anne ve bebek sağlığını korumak,

- Bireylerin aile büyüklüğüne kendilerinin karar vermesini sağlayarak kişisel hakları korumak,

- Kadınların eğitim, iş ve sosyal imkanlarını geliştirmek,

- Ailelerin ekonomik olanaklarını yükselterek yoksulluğun önüne geçmek,

- Küretaj ve düşükleri önlemek,

- Nüfus dinamiği için olumsuz etkiler oluşturan koşulları önlemek,

- HIV ve AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların önüne geçmek (USİAD., 2019).

1.2.2. Aile Planlaması Yöntemleri

1.2.2.1. Modern AP Yöntemleri

1.2.2.1.1. Hormonal Kontraseptifler

1.2.2.1.1.1 Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Etki mekanizması: KOK hapları estrojen ve progesteron gibi sentetik hormonları içeren haplardır. KOK'ların kontraseptif etkisi öncelikle gonadotropin salınımının baskılanmasına bağlıdır. Bu, foliküler olgunlaşmanın, yumurtlama öncesi lüteinize edici hormon dalgalanmasının ve yumurtlamanın durmasına yol açar. Progestinin servikal mukus, tübüler fonksiyon ve endometrium üzerine periferik etkisi bulunmaktadır (Wiegratz, 2011) .

Endikasyonları: Sağlıklı, kontrasepsiyon gereksinimi olan tüm kadınlar menarştan menopoza kadar KOK tercihinde bulunabilirler. Cinsel ilişkiyle bulaşan hastalık riski olan çiftlerin ek olarak kondom kullanmaları önerilmektedir (Demir ve ark., 2012).

Kontrendikasyonları:

- Doğum sonrası 6 hafta geçmemiş olanlar (emzirmiyor ise 3 hafta geçmemiş olanlar)

- Hipertansiyon (≥ 160 mmHg sistolik veya ≥ 100 mmHg diyastolik)

- İskemik kalp hastalığı,

- Serebrovasküler olay öyküsü,

- Aktif meme kanseri / karaciğerde tümör,

- >20 yıldır devam eden diyabet öyküsü,

- Viral hepatit öyküsü olduğu durumlarda kullanımı önerilmemektedir (WHO., 2015).

Kullanım şekli : KOK kullanımına menstrual siklusün ilk 5 günü içerisinde başlanır. İlk gün başlanması önerilmektedir bu sayede ilk aydan itibaren kontrasepsiyon sağlanmaktadır. Muayenede gebeliğin olmadığı tespit edildikten sonra ilk hap alınır, ancak ilk hafta boyunca ikinci bir kontrasepsiyon yöntemi uygulanması önerilmektedir (Demir ve ark., 2012)

Yan etki:

- Ara lekelenme ve kanamalar: Kanama şiddetinin artması veya uzun sürmesi halinde yanlış kullanım ya da enfeksiyon riski olabileceğinden hastaneye başvurulmalıdır.

- Amenore: KOK kullanan kadınların %2-3'ünde amenore oluştuğu gözlenmiştir ve tehlikeli bir durum değildir.

- Gebelik: KOK kullanmakta olan bir kadın gebe kaldığı takdirde kullanımı kesmelidir (Black ., 2004).

- Memelerde hassasiyet (mastalji): Hassasiyet KOK kullanmaya başladıktan bir kaç ay içinde kaybolur.

- Bulantı: Bulantıyı önlemek için hapların yemeklerle veya uyumadan önce alınması önerilir.

- Kloazma: KOK kullanımı sırasında oluşan ciltteki koyulaşmayı önlemek için güneş koruyucularının kullanımı önerilmektedir (TJOD, 2012).

1.2.2.1.1.2 Minihaplar

Etki mekanizması: Sentetik progesteron içeren haplardır. Servikal mukusun kalınlaşmasına neden olan bu haplar sperm canlılığını ve geçişini engelleyerek kontraseptif etki yaratır. İçerdiği progesteron sayesinde bazı minihaplar ise ovülasyonu inhibe ederler (Black., 2004).

Endikasyonları: Minihaplar sağlıklı kadınlarda endikedir. Emziren anneler, hipertansiyonu olan, KOK kullanımında migren, bulantı, memelerde hassasiyet gibi yan etkilerden yakınan kadınlar için minihap önerilmektedir (Black., 2004).

Kontrendikasyonları: Minihapların kullanımının sakıncalı olduğu durumlar şunlardır:

- Gebelik
- Meme kanseri
- Ciddi siroz
- Aktif viral hepatit
- Akut derin ven trombozu, veya pulmoner emboli
- Karaciğer tümörlerinin olduğu durumlar (TJOD., 2012).

Kullanım şekli: Sağlıklı kadınlar menopoz dönemine kadar istedikleri sürece minihap kullanabilir. Ergenlik dönemindeki gençlerin minihap kullanımında bazı sorunlara rastlanmaktadır. Karşılaşılan en büyük sorun tedavi uyumsuzluğuna bağlı yüksek gebelik oranlarıdır. Bu nedenle sağlık personelinin eğitim ve danışmanlık hizmetleri çok önem taşımaktadır (Fisher ve Ornstein., 2006).

Yan etki : Minihapların en sık bırakılma sebebi düzensiz kanamadır. Adet düzensizliği, lekelenme, ara kanamalar, amenore sık görülür ve kadınların yaklaşık yarısında kanama süresi uzayabilir. Diğer bir yan etki over kistlerinin gelişimidir, bu kistler genellikle kendiliğinden kaybolurlar. Çok nadir görülen yan etkiler baş ağrısı, şişkinlik, akne ve memelerde hassasiyet olarak sıralanmaktadır (Demir ve ark., 2012).

1.2.2.1.2 Rahim İçi Araçlar

Etki mekanizması: Rahim içi araçlar (RİA) uterus boşluğuna yerleştirilerek gebeliğin önlenmesini sağlayan araçlardır. RİA'lar uterus boşluğunda yabancı cisim etkisi yaratarak enflamatuvar reaksiyon oluşturur bu sayede zigotun implantasyonunu engeller. Araştırmalar bakır içeren RİA'ların daha etkili olduğunu göstermiştir (Taşkın ., 2016).

Endikasyonları: RİA'lar hamilelik şüphesi olmayan sağlıklı kadınlarda uygulanabilir. Doğum sonrası dönemde RİA takılacak olan kadınlarda kontraksiyon nedeni ile RİA'ların atılma riskini azaltmak için doğum sonrası ilk 10 dakika içerisinde uygulanması önerilmektedir. Doğum sonrası hemen uygulanamayan kadınlarda ise doğumdan 6 hafta sonra menstrual siklus başlamadan uygulanmalıdır (Hatcher and Deborah ., 1990).

Kontrendikasyonlar: RİA'ların kullanımının sakıncalı olduğu durumlar şunlardır:

- Gebe ya da gebelik şüphesi olanlar
- Pelvik enfeksiyonu geçirmiş ya da geçirmekte olanlar
- Düzensiz bilinmeyen kanaması olanlar
- Koagülasyon bozukluğu olan kadınlar
- Servisit, vajinit ya da servikste erozyon görülenler
- Ektopik gebelik öyküsü olanlar sıralanabilir (Taşkın ., 2016).

Kullanım şekli: RİA takılırken muyene ile doğru pozisyon verilir, spekulum aracılığıyla serviksin sağlıklı olup olmadığı kontrol edilir ve aseptik ilkelere uyarak takılır. Geri çıkarma işleminde kanal açıklığı olduğundan menstruasyon dönemi tercih edilir ve forsepsle vajen kısmında kalan iplikleri yavaşça çekilerek çıkarılır. RİA takılan kadınlar belirtilen zamanlarda (takılmasını izleyen 3 ve 6.aylarda, sonrasında yılda bir kez olmak üzere) kontrol için sağlık merkezlerine başvurmalıdırlar (Taşkın ., 2016).

Komplikasyonlar: Rahim içi araçların en sık görülen komplikasyonları ağrı ve kanamadır. Bunun dışında ilk yılda RİA'ların atılma riski ve bunun farkedilmemesi sonucu gelişen gebelik, yanlış yerleşmesi ile oluşan uterus perforasyonu, pelvik enflamatuvar hastalık gibi yan etkileri mevcuttur (Hatcher and Deborah., 1990).

1.2.2.1.3 Bariyer Kontraseptif Yöntemleri

Etki mekanizması: Halk arasında en çok kullanılan bariyer kontraseptif yöntemi kondom diğer adıyla prezervatiflerdir. Kondomların kontraseptif dışında cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da koruma gibi faydaları vardır. Ereksiyon halindeki penise geçirilen kondomlar spermler için bariyer oluşturarak vajinaya girmesini önler (Hatcher and Deborah., 1990).

Endikasyonlar : Bariyer kontraseptif yöntemi olarak kondom sağlıklı ve kondom içeriğinde bulunan herhangi bir maddeye alerjisi olmayan bireyler için önerilmektedir (Taşkın, 2016).

Kontrendikasyonlar: Bariyer kontraseptiflerin içerisinde bulunan herhangi bir maddeye alerjisi olan çiftlerin kullanması önerilmemektedir.

Kullanım şekli: Kondomlar ereksiyon haline gelen penisin baş kısmına takılarak kullanılır. Dikkat edilmesi gereken nokta ise penisin uzunluğuna göre doğru

şekilde takılmasıdır. Cinsel ilişki tamamlanınca prezervatif hemen çıkarılmalıdır (Hatcher and Deborah., 1990).

Komplikasyonlar: Kondomlar vajende uzun süre kalması ve temiz koşullarda kullanılmaması sonucunda enfeksiyona neden olabilmektedir.

Kondom kullanımı kondom kullanırken ereksiyon sağlayamayan erkekler, kondomun yapısında bulunan maddelere partnerlerin alerjisi olması durumunda önerilmemektedir (Cedric and others, 1984).

1.2.2.1.4 Kalıcı kontraseptif yöntemleri

1.2.2.1.4.1 Vazektomi

Etki mekanizması: Vazektomi erkeklerde vaz deferenslerin kapatılarak spermlerin geçişini önleyen cerrahi bir yöntemdir. Bu sayede gebeliğin oluşmasını önler. Vazektomi uygulamasının bir çok farklı yöntemi bulunmaktadır ve hekim muayenesi ile en uygun yöntem seçilmektedir (Cook, 2014).

Endikasyonları: Vazektomi yöntemi psikolojik hazır olan, çocuk istemeyen, cerrahi girişime engel bir durumu olmayan bireyler için önerilmektedir (Cedric and others, 1984).

Kontrendikasyonlar: Uygulama 18 yaş altı, psikolojik, cinsel sağlık sorunu olanlar için önerilmemektedir (Hatcher and Deborah., 1990).

Uyugulanma şekli: Cerrahi bir uygulama olan vazektomi steril bir ortamda genel ya da lokal anestezi altında uygulanmaktadır. Vazektomi prosedürünün komplikasyonlarını ve başarısızlık oranlarını azaltmak amacıyla eksizyon ve ligasyon,

cerrahi klipler, termal veya elektrokoter ve kimyasal oklüzyon dahil olmak üzere vas deferensi tıkamak için bir dizi teknik geliştirilmiştir (Cook, 2014).

Komplikasyonlar: Vazektomi sonrasi cerrahiye bağlı kanama, ateş, enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Vazektomi kalıcı bir yöntem olarak kabul edildiğinden bu yöntemi tercih edenlere gerekli bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir (Hatcher and Deborah., 1990). Nadiren de olsa cerrahi girişim ile vazektomide geri dönüşüm mümkündür (Howard and Goldstein, 2009).

1.2.2.1.4.2 Tübal Ligasyon

Etki mekanizması: Tüm dünyada yaygınlaşmakta olan, kadınlara yönelik uygulanan cerrahi bir yöntemdir. Temel amaç fallop tüplerini kapatarak spermlerin yumurtalıklara geçişini engellemektir (Hatcher and Deborah., 1990).

Endikasyonlar : Kalıcı kontrasepsiyon yöntemi isteyen, gelecekte olası gebeliğin sağlığı açısından riskli olan, psikolojik olarak hazır olan kadınlar için önerilmektedir (Marino ve ark., 2021).

Kontrendikasyonlar: Kararsız, çok genç yaşta olan, jinekolojik malignite ve morbid obeziteye sahip kadınlar için tübal ligasyon önerilmeyen kontrasepsiyon yöntemidir (Marino ve ark., 2021).

Uygulama şekli: Vajinal ve abdominal olmak üzere iki yöntem mevcuttur. Vajinal yöntemin kolay iyileşme, skar dokusu oluşturmama, lokal anestezi gibi artıları mevcuttur. Abdominal yöntemde ise genel / lokal anestezi ile umblikusun altından abdomen boşluğuna girilmesiyle işlem gerçekleşir. Her iki yöntemde de amaç fallop tüplerinin kesilerek birbirinden ayrılması ve bağlanmasıdır.

Komplikasyonlar: Tubal ligasyonun cerrahi sonrası görülen komplikasyonlar ve barsak perforasyonu, hemoraji gibi yan etkileri bulunmaktadır (Taşkın, 2016).

Nadiren de olsa cerrahi girişim ile tüpligasyonda geri dönüşüm mümkündür (Kahveci, 2018).

1.2.2.2 Geleneksel AP yöntemleri

1.2.2.2.1 Takvim yöntemi

Etki mekanizması: Kadınların fertil döneminin hesaplanması ile gebe kalma ihtimalinin yüksek olduğu dönemin belirlenmesi için uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntemin başarılı olabilmesi için ovulasyon tarihinin kesin belirlenmesi ve buna göre hesaplama yapılması gerekmektedir (Taşkın, 2016).

Endikasyonlar: Yöntem menstrual siklus zamanlarını takip eden, inanç ve kişisel nedenlerden dolayı bir çok kontrasepsiyon yöntemlerini kullanmak istemeyen çiftler için önerilmektedir (Hatcher and Deborah., 1990).

Kontrendikasyonlar: Menstrual siklustaki düzensizlik fertil dönemin hesaplanmasını zorlaştırdığından düzensiz siklusa sahip kadınların bu yöntemi kullanması önerilmemektedir. Ayrıca menopoz dönemi yaklaşan ya da henüz menarş olmayanlar için de bu yöntem önerilmemektedir (Hatcher and Deborah., 1990).

Uygulanma şekli: Menstural siklusun ilk günü ile sonraki siklusun ilk günü arasındaki süre kadının siklus döngüsüdür (çoğu kadında bu süre 28 gündür). Bu süre hesaplandıktan sonra bulunan rakamdan 14 gün çıkarılır ve bu şekilde ortaya çıkan rakam bize siklusun birinci gününden itibaren hesaplanmak koşuluyla ovulasyonun olacağı tarihi verir. Bu tarihlere göre ilişkide bulunarak kontrasepsiyon sağlanması beklenilir (Taşkın, 2016).

Komplikasyonlar: Takvim yöntemi oldukça dikkat gerektiren bir yöntem olduğundan küçük sapmalar bile gebeliğe neden olabilmektedir (Taşkın,2016).

1.2.2.2.2 Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM)

Etki mekanizması: Gebelikte ön hipofizden süt yapımında sorumlu prolaktin hormonu salgılanır ve bu sayede süt yapımı başlar. Prolaktin salınmasıyla doğrudan hipotalamus ve overlere etki ederek ovülasyonu da engellemektedir (Erenel., 2010).

Endikasyonlar: Bebeğin her istediğinde annenin gece gündüz emziriyor olması, bebeğin 6 aydan küçük olması ve hiçbir ek gıda almıyor olması gerekmektedir (Erenel., 2010).

Kontrendikasyonları: Eğer bebek ek gıdaya başlamışsa, yeterli sıklıkta emzirilmiyorsa, bebek 6 aydan büyükse bu yöntem uygun değildir (Hatcher and Deborah., 1990).

Komplikasyonlar: Gebe kalma riskinin yüksek olduğu bir yöntemdir (Erenel, 2010).

1.2.2.2.3 Koitus İnterraptus

Etki mekanizması: Koirus interraptus ya da geri çekme olarak geçen bu yöntem bilinen en eski kontraseptif yöntemlerindendir. Etkinliği düşük olmasına rağmen ülkemizde kullanımı yaygındır. Temel amaç seminal mayiyi vajen dışına boşaltarak spermlerin girişini önlemektir (Taşkın, 2016).

Endikasyonları: Geri çekme yöntemini uyumu yüksek, bilinçli çiftlerin uygulaması önerilmektedir (Hatcher and Deborah., 1990).

Kontrendikasyonlar: Gebelik açısından riskli olan kadınlara, düzenli ve sık cinsel ilişkisi olan çiftlere, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak isteyen

çiftlere, yöntemi doğru kullanıldığından emin olunamayan durumlarda geri çekme yöntemi önerilmemektedir (Türk ve Terzioğlu, 2012).

Uygulanma şekli: Bu yöntem kişinin ejakülasyonu vajen dışına boşaltmasıyla uygulanmaktadır.

Komplikasyonları: Kullanımının kolay olmasına karşın bir miktar seminal mayinin vajene kaçması, sürekli kullanım sonucu cinsel doyumsuzluğa yol açması, gebelik gibi birçok yan etkisi bulunmaktadır (Taşkın, 2016).

1.2.3 Dünyada ve Türkiye'de Aile Planlaması

Günümüzde dünya genelinde aile planlaması uygulamalarını geliştirmek adına Birleşmiş Milletler (BM), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı gibi kurumlae farklı ülkelerle birlikte uzun vadeli eylemler başlatmıştır. Bunlardan Türkiye'nin de dahil olduğu Birleşmiş devletler tarafından yürütülen sürdürülebilir kalkınma projesi geniş çaplı bir eylem oluşmasına neden olmuş dolayısıyla dönüm noktası niteliğinde olmuştur. Buna göre ilk olarak Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferans'ında (ICPD) 1994 yılından 2015 yılına kadar aile planlaması yöntemlerine evrensel erişimin sağlanması çağırısında bulunulmuş (UN, 1994), 2014 yılında ise genel eksikliklerin olduğu belirtilerek eylem planının genişletilmesine karar verilmiştir (UNGA, 2014). Son olarak Birleşmiş Milletler hedeflerinin devamlılığı, aile planlaması ve nüfus sağlığı için 2030 yılına kadar gerçekleştirilmek üzere maddeler halinde hedefler belirlemiştir (Bingenheimer and Skuster, 2017). Bu hedefler doğrultusunda üye her bir ülke toplum sağlığı çerçevesinde aile planlaması hizmetlerini iyileştirmek adına yeni politikalar belirlemiştir.

Aile planlaması için atılan uluslararası adımlar sadece alınan kararlar ve eylem planları ile kısıtlı kalmamıştır. Üye devletler takip amaçlı nüfüs araştırmalarına tabi tutulmuştur. Ülkelerin doğum kontrol prevalanslarının incelendiği 2017 yılında

yürütülen bir araştırmaya göre Asyanın en düşük doğum kontrol prevalansı Afganistan'da (%27), geleneksel yöntem kullanımında en yüksek seviyelerde sırasıyla Azerbaycan (%33), Ermenistan (%30), Türkiye (%25) olarak gözlenmiştir (UN., 2017). Geleneksel yöntemin kullanımını ortaya koyan Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen diğer bir çalışmaya göreyse yılda dünya genelinde yaklaşık 75 milyon istenmeyen gebelik oluşmakta ve bu gebelerin %65'i geleneksel yöntem kullanmakta ya da herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (Belizzi. and others, 2020).

TNSA 2018 verileri çiftlerin yaklaşık yarısının modern AP yöntemi kullandığını göstermektedir. Araştırmanın bir diğer çarpıcı bulgusu ise her 10 evli kadından 7'sinin herhangi bir AP yöntemi kullanmamasıdır. AP yöntemi kullananların en çok başvurduğu yöntemler sırasıyla geri çekme (%58), erkek kondomu (%49), RİA (%35) ve hap (%30) olarak sıralanmaktadır. Bırakılan yöntemler ile ilgili bulgular incelendiği zaman her 10 kadından yaklaşık 3'ünün seçtiği yöntemi kullanmaya başladıktan itibaren 12 ay içerisinde bıraktığı saptanmıştır. Katılımcılar yöntem bırakmalarının en büyük nedeninin gebe kalmak/gebe kalma isteği olduğunu belirtmişlerdir (TNSA, 2018). Ahıskalı Türk kadınlarının AP yöntemi kullanımını ortaya koyan araştırmalar için literatür incelendiği zaman herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

1.2.4 Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler

Bireylerin AP yöntemi kullanımına sosyo–demografik, eğitim durumu, inançlar gibi faktörler önemli ölçüde etki etmektedir. Buna ek olarak kontraseptif yöntem bilgisi, aile tipi, sosyal güvencenin varlığı ya da yokluğu, geleneksel uygulamalarının da AP yöntemlerinin kullanımına etki ettiği yapılan bir çalışmada görülmüştür (Gözükara ve Kabalcıoğlu, 2014). Yapılan bir araştırmaya göre kırsal kesimde yaşayan, eğitim seviyesi düşük olan kadınların AP yöntemi kullanımlarının düşük olduğu saptanmıştır (Hailemariam ve Haddis, 2011). Aile tipi ve sosyal güvencenin AP yöntem kullanımına etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya göre sosyal güvencesi olan ailelerin AP yöntemlerine başvurma oranlarının yüksek olduğu

belirtilmiştir (Gözükara ve Kabalcıoğlu, 2014). AP yöntem kullanımını etkileyen faktörlerin incelendiği bir başka çalışmaya göre doğu bölgesinde AP yöntem kullanım sıklığı diğer bölgelere göre daha az bulunmuştur. AP yöntem kullanımındaki düşüklüğü etkileyen en önemli faktörlerden biri de geleneksel uygulamalar ve inançların olduğu saptanmıştır (Akın ve ark., 2006).

1.2.5 Tutumların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı Üzerindeki Etkileri.

Aile planlaması yöntemlerinin etkin kullanılması ve devamlılığına etki eden en önemli faktörlerder biri de kadının ve çevresinde yaşayan bireylerin AP'ye yönelik tutumudur (Örsal ve Kubilay, 2007). Kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarının iyi düzeyde olduğu saptanan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının modern AP yöntemi kullandığı ve öğrenim düzeyi, gelecekte istediği / planladığı çocuk sayısı, AP yöntemleri ile ilgili çevreden bilgi edinme gibi özelliklerin tutumlarını etkilediği gözlemlenmiştir (Ayaz ve Yaman, 2019). Yapılan bir araştırmaya göre mülteci kadınların AP'ye yönelik tutumlarının istenilen düzeyde olmadığı, eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça kadınların tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Dikmen ve ark., 2019). Mısır'da yapılan bir çalışmada anne-bebek ölümlerinin ve erken yaşta evliliğin AP'ye yönelik tutumların istenilen düzeyde olmamasınının nedenleri arasında olduğu gösterilmiştir. Aynı araştırmada bu kadınların AP bilgilerinin de düşük seviyede olduğu saptanmıştır (Jammeh ve ark., 2014). Sözü edilen bu çalışmalar tutumların istenilen düzeyde olmamasının AP yöntemi kullanım oranlarında düşmeye neden olabileceğini göstermektedir.

Kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarını topluma ilişkin, yöntemlere ilişkin ve gebeliğe ilişkin tutumlar olmak üzere üç alt boyut ile değerlendirmenin mümkün olduğu belirtilmektedir (Örsal and Kubilay, 2007).

1.2.5.1 Topluma İlişkin Tutum

Topluma ilişkin tutumları etkileyen en önemli faktör sosyo – kültürel yapıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalar da AP yöntemi kullanımını etkileyen kültürel etmenlerin olduğunu göstermektedir. Aile içi tutumların özellikle doğu ve kuzeydoğu bölgesinde diğer bölgelere göre daha muhafazakar ve geleneksel olduğu, AP yönteminin seçiminde erkeklerin onayına gerek duyulduğu görülmüştür (Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı , 2014). Tutumların her toplumda farklılık gösterdiği bilinmektedir. Örneğin Çin hükümetinin aile planlaması politikalarına göre her aile için tek çocuk hakkı tanınmıştır. Buna göre bebeğin cinsiyetinin kız olması durumunda gebelik sonlandırılmaktadır (Wu ve ark, 1992). Ülkemizde ise bazı bölgelerde erkek çocuk sahibi olana kadar doğuma devam edilmektedir (Örsal ve Kubilay, 2007). Tutumlara yönelik farklı çalışmalar incelendiği zaman cinsiyet tercihinin AP'ye yönelik tutumu etkilediği görülmüştür (Gözükara and Kabalcıoğlu, 2014). Topluma yönelik tutumların yansıtıldığı bir başka çalışmaya göre AP yöntem tercihinde kadınlarlardan daha çok erkeklerin söz sahibi olduğu, buna ek olarak kavınvalidelerin de etkili olduğu saptanmıştır (Kridli ve ark., 2001). Başka bir çalışmada göç etmiş sığınmacı kadınlar arasında da aynı bulgulara rastlanıldığı, topluma yönelik tutumlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür (Dikmen ve ark., 2019). Afganistan bölgesinde AP'ye yönelik tutumların araştırıldığı çalışmada kadınların asıl görevinin doğum yapmak olduğu düşüncesinin yaygın olduğu görülmüştür (Douglas, 2010). Bu bulguların yanı sıra bazı topluluklarda çocuk sayısının erkeğin gücü ile bağlantılı olduğu düşüncesi de yaygındır (Sunday, 1981). Çalışmaların sonuçlarına göre toplum arasında oluşan tabu düşüncelerin topluma yönelik tutumu etkilediği görülmektedir (Derya ve ark., 2017).

1.2.5.2 AP Yöntemlerine İlişkin Tutum

AP yöntemi seçiminde kültürel yaklaşımların, dini inançların, seçilen yöntem hakkında çevreden alınan bilgilerin önemli ölçüde etki ettiği bilinmektedir (Gözükara ve Kabalcıoğlu, 2014). Etkinliği kanıtlanmış birçok güvenilir yöntem olmasına

rağmen Türkiye'de kadınlar arasında en çok bilinen yöntemler sırasıyla haplar, RİA ve erkek kondomudur. Tercih edilme oranlarına göre sıralama ise geri çekme, RİA, erkek kondomu şeklindedir (TNSA, 2018). Bunun dışında toplum içerisinde bilimsel dayanağı olmayan yanlış bilgilerin yaygın olduğu görülmüştür. Buna göre AP yöntemlerinin cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği, birden fazla çocuk sahibi olmayı zorlaştırdığı, cinsel hazzı azalttığı düşünülmektedir. Kalıcı yöntem olan vazektominin de cinsel iktidarsızlığa, oral kontraseptiflerin ise kansere neden olacağı da yaygın yanlış inanışlar arasında gelmektedir (Örsal ve Kubilay, 2007). Ülkemizde en çok geri çekme yöntemine ve bariyer yöntemlere yönelik tutumun olumlu olduğu saptanmıştır (Akın ve ark., 2006). Etiyopya'da yapılan bir araştırmaya göre AP yöntemine ortak karar veren çiftlerin modern yöntem kullanma oranlarının arttığı görülmüştür (Terefe ve Larson, 1993). Gelir seviyesi düştükçe geleneksel yöntemlere yönelimin arrttığı belirtimektedir (Galazios ve ark. 2008). Ayrıca kitle iletişim araçlarının kontraseptif tercihinde etkili olduğu, TV, basın yayın aracılığı ile tanıtılan yöntemlerin daha çok tercih edildiği saptanmıştır (Gupta ve ark., 2003). Türkiye'de yöntemlere yönelik bilginin araştırıldığı bir çalışmaya göre yaklaşık 10 kişiden birinin tüp ligasyon hakkında bilgi sahibi olduğu, vazektomi hakkında bilgisi olanların sayısının ise daha düşük olduğu görülmüştür (Yılmaz ve ark., 2013). Ülkemizde vazektomi kullanım oranları da düşüktür buna ek olarak vazektomiye yönelik korku ve cinselliği olumsuz etkileyen yöntem olduğu düşüncesi yaygın olarak görülmüştür (Kesim ve ark., 2017). Bu çalışmalar doğrultusunda ülkemizde sterilizasyon yöntemlerine yönelik tutumun olumsuz olduğu özellikle vazektomiye yönelik olumsuz tutumun yaygın olduğu görülmektedir (Koyuncuer, 2004).

1.2.5.3 Gebeliğe ilişkin tutum

Gebeliğe ilişkin tutumu kadınların gebelik aralıklarına, gebelik durumuna olan ilgi, evlilik ile gebelik arasındaki ilişkiye olan yaklaşımları oluşturmaktadır. Türkiye'de kentsel bölgede yaşayan kadınların kırsal kesimlere göre doğum aralıklarının uzun olduğu saptanmıştır. Eğitim durumunun da doğum aralığına etki ettiği, lise üzeri eğitimi bulunan kadınların herhangi bir eğitim almamış kadınlara göre

doğum aralıklarının uzadığı görülmüştür (TNSA, 2018). Ergenlik dönemindeki kadınlar ile yapılan bir araştırmaya göre gebeliğe yönelik tutumların etnik köken, kültür ve inanca göre farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir (Jaccard ve ark., 2003). Bazı etnik gruplarda gebeliğin kadına toplum içerisinde statü kazandırdığı, gebeliğin kadınları çekici hale getirdiği düşüncesinin yaygınlığı görülmüştür (Alyanak ve ark., 2003). Yapılan başka araştırmada ise AP yöntemi kullanmak için evliliğin şart olduğu düşüncesinin yaygın olduğu görülmüştür (Örsal ve Kubilay, 2007). Bu çalışmalar doğrultusunda kültürel etkenlerin gebeliğe yönelik tutumu etkilediği bilinmektedir. Yapılan başka bir araştırmada ise sosyoekonomik durumun da gebeliğe yönelik tutumu etkilediği görülmektedir. Bu doğrultuda Sivas bölgesinde yapılan bir araştırmada gebelik sayısı arttıkça sosyoekonomik durumun düştüğü görülmüştür (Çetin ve ark., 2004). Bir başka çalışmada ise gelir düzeyi düşük olan gebelerin gebeliğe yönelik tutumlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür (Kara ve ark., 2012).

1.2.6 AP hizmetlerinde hemşirenin rolü

Toplum sağlığının sürdürülmesi, gerekli önlemlerin alınması ve bireylere yol göstermek adına hemşireler AP hizmetlerinde önem arz etmektedirler. AP hizmetleri kapsamında hemşireler danışmanlık hizmeti vererek hem kadın hem de bebek sağlığının sürdürülmesini amaç edinmiştir (Rudy ve ark,.2003).

AP hizmeti eksikliğinde bireyler istenmeyen gebelikler, uygun olmayan kontrasepsiyon tercihi ve anne-bebek sağlığı açısından riskler ile karşılaşabilmektedir. Bu bağlamda araştırmacılar tarafından AP hizmetlerinin geliştirilmesi adına pek çok strateji geliştirilmiştir. New York üniversitesi hemşirelik bölümü araştırmacıları tarafından temel yetkinlik modeli hazırlanarak AP hizmetlerinin etkinliğini arttırmak amaçlanmıştır (Hewitt ve ark.,2014). Ülkemizde ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet rehberi ile desteklenmiş danışmanlık desteği verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Yapılan bir araştırmaya göre hemşireler tarafından AP'ye yönelik eğitim verildikten sonra kadınların yaklaşık yarısının etkili AP yöntemi kullanmaya başladığı görülmüştür (Yurdakul ve Vural, 2002). Benzer bulguların rastlandığı bir başka çalışmada ise hemşireler tarafından danışmanlık hizmeti alan kadınların AP'ye yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının olumlu düzeyde olduğu görülmüştür (Halawa, ve diğerleri, 1995). Bunun yanı sıra doğum sonrası verilen AP eğitiminin herhangi bir kotrasepsiyon kullanım oranını arttırdığı bildirilmiştir. (Naçar, 2003). Ayrıca verilen eğitimler öncesi yapılan değerlendirmede AP tanımını tam olarak bilenlerin sayısı yaklaşık 1/10 iken, eğitim sonrası değerlendirmeden sonra bu oran yaklaşık 9/10'a yükselmiştir (Ege ve ark., 2005).

Nitelikli bir danışmanlık için hemşirenin; AP yöntemleriyle ilgili danışmanlık eğitimi almış olması, mahremiyete önem veren, sosyo-kültürel, dini inanç ve psikolojik faktörlere yönelik dikkatli, tarafsız ve duyarlı davranış özelliklerine sahip olması gerekmektedir.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Ahıskalı Türk Kadınların Aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma yeterli katılımcıya ulaşabilmek adına Bursa iline bağlı Ahıskalı Türklerin yoğun yaşadığı Gürsu ilçesinde bulunan Gürsu 1 Nolu Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Kurumun kadrosu 8 hekim, 2 hemşire ve 8 ebeden oluşmaktadır. Her bir hekim için azami 4000 kayıtlı kişi bulunmaktadır. Sekiz muayene odası bulunan aile sağlığı merkezinde başlıca; gebe takibi, bebek takibi, aile planlaması, aşı gibi hizmetler verilmektedir.

2.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Gürsu 1 Nolu Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Ahıskalı Türk kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem genişliği evreni bilinmeyen örneklem hesaplama formülü ile belirlenmiştir. G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; %80 güç, %5 hata payı ve d=0,20 etki büyüklüğü ile toplamda en az 199 örnek sayısı yeterli bulunmuştur (N:199).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. İletişim engeli olmamak

2. Ahıskalı Türk kadını olmak

3. 18 – 49 yaş aralığında olmak

4. Evli olmak

5. Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak.

2.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişken : Aile Planlamasına Yönelik tutum

Bağımsız değişken: Sosyodemografik özellikler (yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, aylık gelirini algılama durumu, aile tipi, eşin yaşı vb.), evlilik özellikleri (evlenme yaşı, evlilik süresi, evlilik kararı,akrabalık durumu, eş ile tanışma yöntemi vb,), obstetrik özellikler (kaçıncı gebeliği olduğu, ilk gebelik yaşı, düşük deneyimi, planlı gebelik olup olmadığı, son doğum şekli vb,), aile planlaması yöntemlerine ilişkin özellikler (AP bilgi kaynağı, sağlık personelinden bilgi alma durumu, AP yöntemi kullanma durumu, AP yöntemi bırakma durumu, bırakma sebebi vb,).

2.5 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Veri Toplama Formu (EK-2), Aile planlaması Tutum Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır. Kişisel veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 20 Ahıska'lı Türk kadınla ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Soruların anlaşılır olduğu görülmüş, ön uygulamaya katılanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler kadınlar ile yüz yüze görüşülerek 20/02/2022-5/03/2022 tarihleri arasında, haftada üç gün kadınların aile sağlığı merkezine yoğun olarak geldiği günlerde toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

2.5.1. Kişisel Veri Toplama Formu

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik, evlilik ve obstetric özellikleri ile aile planlamasına yönelik bilgilerini içermektedir. Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan bu form 33 sorudan oluşmaktadır (EK-2). Üç bölümden oluşan veri toplama formunun birinci bölümünde; gebe kadınların sosyodemografik özellikleri; yaş, doğum yeri, medeni durum, ekonomik durum, gebe ve eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, meslek ve aile tipi ile ilgili özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümünde, kadınların evlilik ve obstetrik özelliklerine (evlenme yaşı, evlilik yılı, gebelik sayısı, eş ile ortak karar verme durumu, daha önceki gebelik kayıpları ve nedenleri,en son doğum şekli vb,) ilişkin sorular yer almaktadır.

Üçüncü bölümde AP yöntemlerine (AP'ye ilişkin bilgi kaynağı, kullanılan yöntem, daha önce kullanılan yöntem vb,) ilişkin sorular yer almaktadır.

2.5.2 Aile Planlaması Tutum Ölçeği

Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) Örsal ve Kubilay (2007) tarafından kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. APTÖ 34 maddeden oluşmuş 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. "Tamamen Katılıyorum" yanıtı 1 puan, "Katılıyorum" yanıtı 2 puan, "Kararsızım" yanıtı 3 puan, "Katılmıyorum" yanıtı 4 puan ve "Tamamen Katılmıyorum" yanıtı ise 5 puan almaktadır. Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutum, AP yöntemlerine ilişkin tutum ve gebeliğe ilişkin tutum olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından "Toplumun AP'ye İlişkin Tutum'u" oluşturan madde sayısı 15'tir (1-15) bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından "AP Yöntemlerine İlişkin Tutum'u" oluşturan madde sayısı 11'dir (16-26). Bu alt boyuttan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "Gebeliğe İlişkin Tutum" alt boyutunun madde sayısı ise 8'dir (27-34). Bu alt boyuttan en az 8

ve en fazla 40 puan alınabilir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınabilmektedir. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık güvenilirliği topluma ilişkin alt boyutunda 0,79, yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,85, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,73 ve ölçek toplamı için 0,86 olarak hesaplanmıştır (Örsal ve Kubilay., 2007). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık güvenilirliği topluma ilişkin alt boyutunda 0,779 , yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,852, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,737 ve ölçek toplamı için 0,877 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kesim noktası ise 119'dur (Örsal ve Kubilay., 2007). Araştırmada kullanabilmek adına gerekli izinler alınmıştır (EK-4).

2.6 Verilerin İşlenmesi ve İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Ki-Kare testi kullalmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi 2$-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

2.7 . Etik İlkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı'ndan 29/11/2021 tarihli 19/209 sayılı kararı ile izin alınmıştır (EK-5). Çalışmanın yapılması planlanan Aile Sağlığı Merkezi için kurum izni Bursa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 09/02/2022 tarihi E-72873149-604.01.99 sayılı karar ile

(EK-6), etik kurul onayından sonra alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlar araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve araştırmada bilgilerinin gizliliğine dikkat edileceği belirtilerek sözel ve yazılı onamları (EK-1) alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri ölçek sahiplerinden eposta yoluyla alınmıştır (EK-4).

2.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılanların soruları içten ve doğru cevapladıkları varsayılmaktadır. Çalışma belirtilen Aile Sağlığı merkezine kayıtlı Ahıskalı kadınlara genellenebilir.Tüm kadınlara genellenemez.

3. BULGULAR

Çizelge 3.1 Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

Değişken (N=200)	**N**	**%**
Yaş grupları[$\overline{X} \pm$ S.S.→32,94±6,77 (yıl)]		
≤25	26	13,0
26-30	55	27,5
31-35	39	19,5
>35	80	40,0
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	10	5,0
Ortaöğretim/lise	117	58,5
Ön lisans	24	12,0
Lisans ve üzeri	49	24,5
Çalışma durumu		
Evet	116	58,0
Hayır	84	42,0
Eş yaş grupları [$\overline{X} \pm$ S.S.→37,19±6,76 (yıl)]		
≤30	46	23,0
31-35	41	20,5
36-40	50	25,0
>40	63	31,5
Eş eğitim düzeyi		
İlköğretim	13	6,5
Ortaöğretim/lise	102	51,0
Ön lisans	29	14,5
Lisans ve üzeri	56	28,0
Evlilik süresi [$\overline{X} \pm$ S.S.→11,14±7,70 (yıl)]		
≤5 yıl	59	29,5
6-10 yıl	47	23,5
11-15 yıl	41	20,5
>15 yıl	53	26,5
Sosyal güvence		
Var	152	76,0
Yok	48	24,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	105	52,5
Geniş aile	95	47,5
Gelir düzeyi		
Düşük	13	6,5
Orta	159	79,5
Yüksek	28	14,0

Çizelge 3.1 Devamı

Değişken (N=200)	N	%
Eşle tanışma şekli		
Aile, komşu çevresinden	122	61,0
Okul çevresinden	21	10,5
İş çevresinden	17	8,5
Arkadaş çevresinden	39	19,5
Diğer (sosyal medya vb.)	1	0,5
Akrabalık durumu		
Birinci derece akraba	6	3,0
Uzak akraba	47	23,5
Akraba değiller	147	73,5
Kronik hastalık durumu		
Evet	41	20,5
Hayır	159	79,5
Sahip olunn kronik hastlık (n=41) *		
Hipertansiyon	14	34,1
Diyabet	12	29,3
Tiroid hastalıkları	11	26,8
Kalp hastalıkları	4	9,8
Doğum bakımında yardımcı kişi/kişiler		
Eşi	62	31,0
Kayınvalide/görümce	68	34,0
Anne/kız kardeş	32	16,0
Hiç kimse	38	19,0

**Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.*

Kadınların yaş ortalamasının 32,94±6,77 (yıl) olduğu ve %40'ının >35 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. %58,5'inin ortaöğretim/lise mezunu, %85'inin çalıştığı ve %31,5'inin eşinin >40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların %51'inin eşinin ortaöğretim/lise mezunu, %61'inin aile/komşu çevresi aracılığı ile eşiyle tanıştığı ve %73,5'inin eşiyle akraba olmadığı belirlenmiştir. Kadınların evlilik süresi ortalamasının 11,14±7,70 (yıl) olduğu ve %29,5'inin ≤5 yıldır evli olduğu belirlenmiştir. %76'sının sosyal güvencesinin olduğu, %52,5'inin çekirdek aile tipinde ve %34'ünün doğum bakımında kayınvalide/görümcesinin yardımcı olduğu

belirlenmiştir. %79,5'inin gelirinin orta düzeyde, %79,5'inin herhangi hastalığının olmadığı ve hastalığı olan %34,1'inin hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.2 Kadınlara İlişkin Obstetrik Bulguların Dağılımı

Değişken (N=200)	N	%
Gebelik sayısı		
Gebeliği yok	25	12,5
1-3 gebelik	102	51,0
4-5 gebelik	55	27,5
>5 gebelik	18	9,0
Düşük yapma		
Evet	67	33,5
Hayır	133	66,5
Küretaj yapma		
Evet	43	21,5
Hayır	157	78,5
Planlı gebelik durumu		
Evet	88	44,0
Hayır	87	43,5
Gebelik öyküsü yok	25	12,5
Doğum şekli		
Normal doğum	103	51,5
Sezaryen doğum	68	34,0
Doğum yapmamış	29	14,5

Kadınların %51'inin 1-3 gebeliği olduğu, %33,5'inin düşük yaptığı, %21,5'inin küretaj yaptırdığı, %43,5'inin gebeliğinin planlı olmadığı ve %51,5'inin normal, %34'ünün sezeryen doğum yaptığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.3 Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Değişken (N=200)	**N**	**%**
Aile planlamasını bilgisi alınan yer		
Sağlık personeli	128	64,0
Komşu/akraba/arkadaş	47	23,5
Basın/yayın	25	12,5
Aile planlaması danışmanlığı alma		
Evet	148	74,0
Hayır	22	26,0
AP hizmeti alırken iletişim sorunu		
Evet	7	3,5
Hayır	148	74,0
Sağlık personelinden bilgi almamış	45	22,5
İletişimde yaşanan sorun (n=7) *		
Sağlık personeline ulaşmada zorluklar	4	57,1
Dil ile ilgili problemler	3	42,9
Aile planlaması bilgisi alınan dönem (n=148) *		
Evlilik öncesi	21	14,2
Evlilik sonrası (çocuk sahibi değilken)	50	33,8
İlk doğumdan sonra	77	52,0
Aile planlaması yöntemi kullanma durumu		
Evet	131	65,5
Hayır	69	34,5
Kullanılan aile planlama yöntemi (n=131) *		
Kondom	54	41,2
RİA	48	36,6
Tüpligasyon	16	12,3
Hap	5	3,8
Geri çekme	5	3,8
Takvim yöntemi	2	1,5
Diğer	1	0,8
Kullanılan AP yönteminden şikayet (n= 131) *		
Evet	10	7,6
Hayır	121	92,4
Kullanılan AP yöntemi şikayet nedeni(n=10) *		
Yan etki	7	70,0
Etkin bulmamak	3	30,0

**Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.*

Çizelge 3.3 (Devamı). Kadınların Aile Planlamasına Ilişkin Özelliklerinin Dağılımı.

Değişken (N=200)	**N**	**%**
Son kullnılan AP yöntemini kullanma süresi (n=131) *		
1 seneden daha az	44	33,6
1-5 sene	51	38,9
6-10 sene	22	16,8
10 yıldan fazla	14	10,7
AP yöntemine karar veren kişi (n=131) *		
Eşiyle birlikte	65	49,7
Kendisi	54	41,2
Eşi	7	5,3
Aile büyükleri	5	3,8
Daha önce AP kullanılıp bırakma		
Evet	96	48,0
Hayır	104	52,0
Bırakılan yöntem (n=96)*		
Kondom	32	33,3
RİA	28	29,1
Hap	25	26,0
Takvim yöntemi	8	8,3
Enjeksiyon	4	4,1
Takvim yöntemi	4	4,1
Daha önceki AP yöntemini bırakma nedeni (n=96)*		
Yan etki	42	43,7
Gebe kalmak için	24	25,0
Eşinin istememesi	14	14,5
Kullanmada zorluk çektiği için	10	10,4
Sağlık Sorunu	4	4,1
Söylentilerden korkma	4	4,1
Gebe olduğu için	4	4,1

*Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Kadınların %22,5’inin sağlık personeliden AP’ye yönelik bilgi almadığı, %31’inin herhangi bir AP danışmanlık hizmeti almadığı , iletişim sorunu yaşayanların %57,1’inin personele ulaşmada zorluk yaşadığı, %42,9’unun dil ile ilgili problemler yaşadığı ve %52’sinin ilk doğumdan sonra, %14,2’sinin evlilik öncesi aile planlaması bilgisini aldığı belirlenmiştir. Kadınların %34,5’inin aile planlaması yöntemi kullanmadığı, AP yöntemi kullananların %41,2’sinin kondom kullandığı, %36,6’sının

RİA, %3,8'inin geri çekme yöntemi kullandığı, %92,4'ünün kullandığı AP yönteminden şikayetinin olmadığı ve şikayeti olanların %70'inin yan etki sebebiyle şikayetinin olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %38,9'unun son kullandıkları AP yöntemini 1-5 senedir kullandığı, %49,7'sinin eşiyle birlikte AP yöntemi kullanmaya karar verdiği, %48'inin daha önce AP yöntemi kullanıp bıraktığı belirlenmiştir. Kadınların %33,3'ünün bıraktığı yöntemin kondom , %29,1'inin hap olduğu ve %43,7'sinin yan etki nedeniyle daha önceki AP yöntemini bıraktığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.4. Kadınlara ilişkin Aile Planlaması tutum Ölçeği puanlarının dağılımı

Ölçekler (N=200)	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.	Madde sayısı	Cronbach-α katsayısı
Topluma ilişkin tutum	**60,40**	9,44	62,0	26,0	75,0	15	0,779
Yöntemlere ilişkin tutum	39,26	7,67	38,0	16,0	55,0	11	0,852
Gebeliğe ilişkin tutum	30,83	6,53	32,0	14,0	40,0	8	0,737
Toplam – APTÖ	**130,48**	18,86	131,0	58,0	170,0	34	0,877

Kadınların ölçeklere verdiği cevaplara ilişkin bulgular tabloda verilmiştir. Kadınların ölçeklere verilen cevapların genel olarak yüksek güvenilirlikte olduğu belirlenmiştir. Kadınların APTÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre ; ''Toplumun AP'ye ilişkin tutumu' alt boyutundan 60,40±9,44 , 'AP yöntemlerine ilişkin tutum' alt boyutundan 39,26 ±7,67 ve 'Gebeliğe ilişkin tutum' alt boyutundan 30,83 ±6,53 puan aldıkları saptanmıştır. Kadınların APTÖ'den en çok 170, en az 58 puan aldıkları toplam toplam APTÖ puan ortalamasının 130,48 ±18,86 olduğu saptanmıştır. Kadınların yöntemlere ilişkin tutum puanının, topluma ve gebeliğe ilişkin tutum puanından pozitif yönde yüksek olduğu, toplam APTÖ puanlarının olumlu yönde olduğu ama istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.5 Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	N	Aile planlaması tutum ölçeği							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**
Yaş grupları									
≤25	26	4,15±0,67	4,3 [0,7]	3,83±0,80	3,5 [1,5]	3,78±1,01	4,1 [1,2]	3,96±0,69	3,9 [0,9]
26-30	55	4,12±0,63	4,3 [0,7]	3,52±0,67	3,4 [0,7]	3,86±0,74	4,0 [1,1]	3,87±0,53	3,9 [0,5]
31-35	39	4,01±0,54	4,1 [0,7]	3,50±0,61	3,5 [0,7]	3,85±0,87	3,9 [1,3]	3,82±0,50	3,8 [0,8]
>35	80	3,93±0,65	4,0 [0,7]	3,52±0,72	3,4 [0,9]	3,87±0,78	4,0 [1,1]	3,79±0,55	3,8 [0,5]
İstatistiksel analiz*		χ^2=6,987 p=0,072		χ^2=3,294 p=0,348		χ^2=0,164 p=0,983		χ^2=2,725 p=0,436	
Eğitim düzeyi									
İlköğretim (1)	10	4,15±0,59	4,2 [0,7]	3,09±0,51	3,0 [0,6]	4,20±0,75	4,5 [1,6]	3,82±0,37	3,9 [0,6]
Ortaöğretim/lise (2)	117	3,94±0,59	4,0 [0,8]	3,42±0,51	3,4 [0,6]	3,79±0,77	3,9 [1,1]	3,73±0,44	3,8 [0,5]
Ön lisans (3)	24	4,24±0,68	4,4 [0,7]	3,88±0,80	3,7 [1,5]	3,90±0,84	4,2 [0,9]	4,04±0,63	4,0 [0,6]
Lisans ve üzeri (4)	49	4,11±0,68	4,1 [0,8]	3,86±0,89	4,0 [1,7]	3,92±0,91	4,1 [1,4]	3,98±0,72	4,0 [1,0]
İstatistiksel analiz		χ^2=11,086		χ^2=17,006		χ^2=4,744		χ^2=14,619	
Olasılık		**p=0,011**		**p=0,001**		p=0,192		**p=0,002**	
Fark		**[2-3]**		**[1-3,4] [2-4]**				**[2-3,4]**	
Çalışma durumu									
Evet	116	4,04±0,62	4,1 [0,8]	3,48±0,65	3,4 [0,8]	3,90±0,83	4,1 [1,1]	3,82±0,52	3,9 [0,5]
Hayır	84	4,01±0,65	4,1 [0,5]	3,69±0,74	3,5 [0,8]	3,78±0,79	4,0 [1,1]	3,85±0,59	3,9 [0,6]
İstatistiksel analiz		Z=-0,284		Z=-1,855		Z=-1,265		Z=-0,230	
Olasılık		p=0,777		p=0,064		p=0,206		p=0,818	
Eş yaş grupları									
≤30 (1)	46	4,17±0,67	4,3 [0,7]	3,82±0,78	3,5 [1,6]	3,95±0,86	4,1 [1,4]	4,00±0,63	3,9 [0,8]
31-35 (2)	41	4,15±0,54	4,3 [0,6]	3,45±0,64	3,3 [0,6]	3,92±0,70	4,1 [1,0]	3,87±0,45	3,9 [0,6]
36-40 (3)	50	3,97±0,54	4,1 [0,7]	3,51±0,61	3,5 [0,9]	3,69±0,88	3,8 [1,4]	3,76±0,52	3,8 [0,6]
>40 (4)	63	3,89±0,70	4,0 [0,7]	3,50±0,71	3,4 [0,9]	3,87±0,79	4,0 [1,0]	3,76±0,56	3,8 [0,5]
İstatistiksel analiz		χ^2=9,642		χ^2=4,827		χ^2=2,924		χ^2=5,910	
Olasılık		**p=0,022**		p=0,185		p=0,403		p=0,116	
Fark		**[1,2-4]**							

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır

Çizelge 3.5 (Devamı). Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	N	Aile planlaması tutum ölçeği							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm$ S.S.	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**
Eş eğitim düzeyi									
İlköğretim (1)	13	4,08±0,60	3,9 [0,9]	3,23±0,60	3,4 [1,1]	4,14±0,85	4,3 [1,6]	3,82±0,44	3,9 [0,7]
Ortaöğretim/lise (2)	102	3,99±0,58	4,1 [0,9]	3,38±0,45	3,4 [0,5]	3,83±0,72	4,0 [1,3]	3,76±0,42	3,8 [0,5]
Ön lisans (3)	29	4,17±0,79	4,3 [0,8]	3,89±0,85	3,9 [1,7]	3,87±0,85	4,1 [1,2]	4,01±0,73	4,2 [1,0]
Lisans ve üzeri (4)	56	4,01±0,64	4,0 [0,6]	3,82±0,85	3,9 [1,6]	3,82±0,95	4,0 [1,4]	3,90±0,67	3,9 [0,8]
İstatistiksel analiz*		χ^2=4,760		χ^2=16,252		χ^2=2,166		χ^2=6,802	
Olasılık		p=0,190		**p=0,001**		p=0,539		p=0,078	
Fark				**[1-3,4] [2-3,4]**					
Eşle tanışma şekli									
Aile, komşu çevresi (1)	122	3,96±0,62	4,1 [0,9]	3,41±0,65	3,3 [0,9]	3,76±0,77	4,0 [1,0]	3,77±0,50	3,8 [0,5]
Okul çevresinden (2)	21	3,99±0,91	4,3 [1,1]	3,81±0,98	3,8 [1,6]	3,71±1,08	4,1 [1,9]	3,87±0,87	3,9 [1,4]
İş çevresinden (3)	17	4,35±0,43	4,3 [0,8]	3,73±0,76	3,6 [1,2]	4,36±0,67	4,6 [1,3]	4,19±0,51	4,3 [0,6]
Arkadaş çevresinden (4)	39	4,14±0,45	4,1 [0,5]	3,51±0,60	3,4 [1,0]	4,02±0,74	4,1 [0,6]	3,90±0,45	4,0 [0,4]
İstatistiksel analiz		χ^2=7,792		χ^2=8,425		χ^2=8,289		χ^2=12,272	
Olasılık		p=0,051		**p=0,038**		**p=0,040**		**p=0,007**	
Fark				**[1-2]**		**[1-3]**		**[1-3]**	
Eşle akrabalık									
Birinci derece (1)	6	3,41±0,68	3,5 [1,5]	3,58±0,37	3,4 [0,8]	3,83±0,66	4,0 [1,3]	3,66±0,49	3,7 [1,1]
Uzak akraba (2)	47	3,85±0,70	3,9 [0,7]	3,33±0,57	3,2 [0,6]	3,50±0,87	3,4 [1,3]	3,60±0,51	3,6 [0,4]
Akraba değiller (3)	147	4,11±0,58	4,2 [0,7]	3,64±0,73	3,5 [0,9]	3,97±0,78	4,1 [1,0]	3,92±0,55	3,9 [0,7]
İstatistiksel analiz		χ^2=10,609		χ^2=8,274		χ^2=10,042		χ^2=13,773	
Olasılık		**p=0,005**		**p=0,016**		**p=0,007**		**p=0,001**	
Fark		**[1-3]**		**[2-3]**		**[2-3]**		**[2-3]**	
Evlilik süresi									
≤5 yıl	59	4,09±0,63	4,1 [0,6]	3,72±0,73	3,5 [1,3]	3,83±0,84	4,0 [1,4]	3,91±0,59	3,9 [0,8]
6-10 yıl	47	4,16±0,56	4,3 [0,7]	3,51±0,71	3,4 [0,8]	3,92±0,78	4,1 [0,6]	3,89±0,54	3,9 [0,6]
11-15 yıl	41	3,90±0,63	3,9 [0,8]	3,51±0,64	3,5 [0,7]	3,76±0,88	3,9 [1,2]	3,74±0,59	3,8 [0,7]
>15 yıl	53	3,94±,68	4,1 [0,9]	3,49±0,68	3,4 [0,8]	3,89±0,77	4,0 [1,1]	3,78±0,49	3,8 [0,5]
İstatistiksel analiz		χ^2=6,712		χ^2=4,431		χ^2=1,008		χ^2=3,738	
Olasılık		p=0,082		p=0,219		p=0,799		p=0,291	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 3.5 (Devamı). Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Aile planlaması tutum ölçeği							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm$ S.S.	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**
Sosyal güvence									
Var	152	4,08±0,57	4,1 [0,7]	3,59±0,71	3,5 [1,0]	3,93±0,79	4,1 [1,1]	3,88±0,52	3,9 [0,6]
Yok	48	3,87±0,78	4,0 [1,0]	3,50±0,66	3,4 [0,6]	3,58±0,82	3,6 [1,3]	3,69±0,63	3,7 [0,6]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,369		Z=-0,595		Z=-2,579		Z=-2,441	
Olasılık		p=0,171		p=0,552		**p=0,010**		**p=0,015**	
Aile tipi									
Çekirdek aile	105	4,08±0,67	4,3 [0,9]	3,64±0,73	3,5 [0,9]	3,94±0,81	4,1 [1,3]	3,91±0,59	3,9 [0,8]
Geniş aile	95	3,96±0,58	4,1 [0,6]	3,49±0,66	3,4 [0,9]	3,76±0,81	3,9 [1,1]	3,76±0,51	3,8 [0,5]
İstatistiksel analiz		Z=-2,042		Z=-1,086		Z=-1,595		Z=-1,603	
Olasılık		**p=0,041**		p=0,277		p=0,111		p=0,109	
Doğum bakımında Yardımcı kişi/kişiler									
Eşi	62	3,96±0,65	4,0 [0,7]	3,64±0,63	3,5 [0,8]	3,81±0,90	3,9 [1,4]	3,82±0,60	3,8 [0,7]
Kayınvalide/görümce	68	4,12±0,44	4,1 [0,7]	2,43±0,59	3,4 [0,5]	3,92±0,63	4,0 [0,9]	3,85±0,36	3,8 [0,4]
Anne/kız kardeş	32	4,10±0,69	4,3 [0,7]	3,63±0,71	3,5 [0,9]	4,10±0,78	4,4 [0,5]	3,95±0,60	4,0 [0,6]
Hiç kimse	38	3,90±0,79	4,0 [1,0]	3,65±0,93	3,5 [1,6]	3,60±0,93	3,9 [1,3]	3,74±0,70	3,8 [1,0]
İstatistiksel analiz		χ^2=3,683		χ^2=4,129		χ^2=7,252		χ^2=2,977	
Olasılık		p=0,298		p=0,248		p=0,064		p=0,395	
Gelir düzeyi									
Düşük (1)	13	3,57±0,55	3,4 [0,4]	3,46±0,54	3,3 [0,4]	3,75±0,65	3,9 [0,8]	3,58±0,50	3,5 [0,6]
Orta (2)	159	4,06±0,60	4,1 [0,8]	3,56±0,65	3,5 [0,8]	3,87±0,78	4,0 [1,3]	3,85±0,51	3,9 [0,6]
Yüksek (3)	28	4,05±0,77	4,1 [0,7]	3,66±0,97	4,0 [1,5]	3,79±1,05	4,0 [1,3]	3,86±0,74	3,9 [0,6]
İstatistiksel analiz		χ^2=9,901		χ^2=0,542		χ^2=0,713		χ^2=6,171	
Olasılık		**p=0,007**		p=0,763		p=0,700		**p=0,035**	
Fark		**[1-2,3]**						**[1-2,3]**	
Hastalık durumu									
Evet	41	4,09±0,74	4,1 [0,8]	3,53±0,82	3,5 [1,1]	4,10±0,79	4,3 [0,9]	3,91±0,68	4,0 [0,6]
Hayır	159	4,01±0,59	4,1 [0,8]	3,58±0,67	3,4 [0,8]	3,79±0,81	4,0 [1,3]	3,82±0,52	3,8 [0,6]
İstatistiksel analiz		Z=-1,147		Z=-0,308		Z=-2,387		Z=-1,514	
Olasılık		p=0,251		p=0,758		**p=0,017**		p=0,130	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Eğitim düzeyine göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=11,086; p=0,011). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ortaöğretim/lise mezunu olanlar ile ön lisans mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ön lisans mezunu olanların topluma ilişkin tutum puanları, ortaöğretim/lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eğitim düzeyine göre yöntemlere ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=17,006; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilköğretim mezunu olanlar ile ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, ortaöğretim/lise mezunu olanlar ile lisans/üzeri mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans/üzeri mezunu olanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, ortaöğretim/lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eğitim düzeyine göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,619; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ortaöğretim/lise mezunu olanlar ile ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanların APTÖ – toplam puanları, ortaöğretim/lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eş yaş sınıflarına göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=9,642; p=0,022). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşi ≤30 ve 31-35 yaş grubunda olanlar ile eşi >40 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eşi ≤30 ve 31-35 yaş grubunda olanların

topluma ilişkin tutum puanları, eşi >40 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eş eğitim düzeylerine göre yöntemlere ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=16,252; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşi ilköğretim mezunu olanlar ile eşi ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eşi ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, eşi ortaöğretim/lise mezunu olanlar ile eşi ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eşi ön lisans ve lisans/üzeri mezunu olanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, ortaöğretim/lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle tanışma şekline göre yöntemlere ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,425; p=0,038). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşiyle aile/komşu çevresi aracılığıyla tanışanlar ile okul çevresi aracılığıyla tanışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Okul çevresinden tanışanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, aile/komşu çevresiyle tanışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle tanışma şekline göre gebeliğe ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,289; p=0,040). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşiyle aile/komşu çevresiyle tanışanlar ile iş çevresinde tanışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş çevresi aracılığyla tanışanların gebeliğe ilişkin tutum puanları, aile/komşu çevresi aracılığıyla tanışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle tanışma şekline göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=12,272; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan

kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşiyle aile/komşu çevresi aracılığı ile tanışanlar ile iş çevresi aracılığı ile tanışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş çevresi aracılığı ile tanışanların APTÖ – toplam puanları, aile/komşu çevresi aracılığıyla tanışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle akrabalık durumuna göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,609; p=0,005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; birinci derece akraba olanlar ile akraba olmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Akraba olmayanların topluma ilişkin tutum puanları, birinci derece akraba olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle akrabalık durumuna göre yöntemlere ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,274; p=0,016). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; uzak akraba olanlar ile akraba olmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Akraba olmayanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, uzak akraba olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle akrabalık durumuna göre gebeliğe ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,042; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; uzak akraba olanlar ile akraba olmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Akraba olmayanların gebeliğe ilişkin tutum puanları, uzak akraba olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşle akrabalık durumuna göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=13,773; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; uzak akraba olanlar ile akraba olmayanlar arasında anlamlı

farklılık tespit edilmiştir. Akraba olmayanların APTÖ – toplam puanları, uzak akraba olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sosyal güvenceye göre gebeliğe ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,579; p=0,010). Sosyal güvencesi olanların gebeliğe ilişkin tutum puanları, sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sosyal güvenceye göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,441; p=0,015). Sosyal güvencesi olanların APTÖ – toplam puanları, sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Aile tipine göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,441; p=0,015). Çekirdek aile tipinden olanların topluma ilişkin tutum puanları, geniş aile tipinde olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gelir düzeyine göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=9,901; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri düşük düzeyde olanlar ile orta ve yüksek olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Geliri orta ve yüksek olanların topluma ilişkin tutum puanları, düşük düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Gelir düzeyine göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=6,171; p=0,035). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri düşük düzeyde olanlar ile orta ve yüksek olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Geliri orta ve yüksek olanların APTÖ – toplam puanları, düşük düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastalık durumuna göre gebeliğe ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,387; p=0,017). Hastalığı olanların gebeliğe ilişkin tutum puanları, hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çizelge 3.6 Kadınlara İlişkin Obstetrik Bulguların Dağılımına Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Aile planlaması tutum ölçeği							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Gebelik sayısı									
Gebeliği yok (1)	25	4,26±0,59	4,5 [0,6]	3,64±0,76	3,3 [0,9]	3,72±0,97	4,1 [1,5]	3,93±0,61	3,8 [0,7]
1-3 gebelik (2)	102	4,08±0,67	4,3 [0,6]	3,63±0,71	3,5 [1,0]	3,98±0,80	4,1 [0,8]	3,90±0,58	4,0 [0,6]
4-5 gebelik (3)	55	3,95±0,53	4,0 [0,7]	3,54±0,63	3,5 [0,6]	3,76±0,78	3,9 [1,0]	3,78±0,41	3,7 [0,4]
>5 gebelik (4)	18	3,67±0,61	3,6 [0,7]	3,23±0,69	3,1 [0,8]	3,54±0,76	3,8 [1,0]	3,50±0,59	3,5 [0,4]
İstatistiksel analiz*		χ^2=19,364		χ^2=4,176		χ^2=7,483		χ^2=17,267	
Olasılık		**p=0,000**		p=0,243		p=0,058		**p=0,001**	
Fark		**[1-3,4] [2-4]**						**[2-3,4] [1-4]**	
Düşük yapma									
Evet	67	3,92±0,55	4,0 [0,7]	3,60±0,63	3,5 [0,7]	3,95±0,72	4,1 [0,8]	3,82±0,49	3,8 [0,5]
Hayır	133	4,08±0,66	4,2 [0,7]	3,55±0,73	3,4 [1,0]	3,80±0,86	4,0 [1,4]	3,84±0,59	3,9 [0,7]
İstatistiksel analiz		Z=-2,790		Z=-0,751		Z=-1,108		Z=-0,571	
Olasılık		**p=0,005**		p=0,453		p=0,268		p=0,568	
Küretaj yapma									
Evet	43	3,88±0,64	3,8 [0,8]	3,64±0,76	3,5 [0,9]	3,84±0,78	4,0 [1,0]	3,79±0,60	3,7 [0,6]
Hayır	157	4,07±0,62	4,2 [0,7]	3,55±0,68	3,4 [0,9]	3,86±0,83	4,0 [1,3]	3,84±0,54	3,9 [0,5]
İstatistiksel analiz		Z=-2,468		Z=-1,318		Z=-0,268		Z=-1,156	
Olasılık		**p=0,014**		p=0,188		p=0,788		p=0,248	
Planlı gebelik									
Evet (1)	88	4,04±0,60	4,2 [0,6]	3,66±0,66	3,5 [0,8]	3,93±0,74	4,1 [1,0]	3,89±0,50	3,9 [0,6]
Hayır (2)	87	3,91±0,64	4,0 [0,9]	3,43±0,66	3,4 [0,8]	3,77±0,83	4,0 [1,0]	3,72±0,55	3,8 [0,6]
Gebelik öyküsü yok (3)	25	4,34±0,59	4,5 [0,6]	3,73±0,87	3,4 [2,0]	3,88±1,02	4,1 [1,9]	4,03±0,66	4,0 [1,1]
İstatistiksel analiz		χ^2=12,749		χ^2=4,583		χ^2=17,32		χ^2=7,241	
Olasılık		**p=0,002**		p=0,101		p=0,421		**p=0,027**	
Fark		**[2-3]**						**[2-3]**	
Doğum şekli									
Normal doğum	103	3,87±0,63	4,0 [0,7]	3,44±0,61	3,4 [0,8]	3,81±0,80	4,0 [1,0]	3,72±0,53	3,8 [0,5]
Sezaryen doğum	68	4,18±0,52	4,3 [0,7]	3,64±0,75	3,4 [1,1]	3,92±0,75	4,0 [1,1]	3,94±0,50	3,9 [0,5]
Doğum yapmamış	29	4,23±0,72	4,5 [0,7]	3,83±0,79	3,5 [1,8]	3,84±0,99	4,0 [2,0]	4,01±0,69	3,9 [1,2]
İstatistiksel analiz		χ^2=17,377		χ^2=4,403		χ^2=0,679		χ^2=7,123	
Olasılık		**p=0,000**		p=0,111		p=0,712		**p=0,028**	
Fark		**[1-2,3]**						**[1-2,3]**	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Gebelik sayısına göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=19,364; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gebeliği olmayanlar ile 4-5 ve >5 gebeliği olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gebeliği olmayanların topluma ilişkin tutum puanları, 4-5 ve >5 gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, 1-3 gebeliği olanlar ile >5 gebeliği olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1-3 gebeliği olanların topluma ilişkin tutum puanları, >5 gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gebelik sayısına göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=17,267; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1-3 gebeliği olanların ile 4-5 ve >5 gebeliği olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1-3 gebeliği olanların APTÖ – toplam puanları, 4-5 ve >5 gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, gebeliği olmayanlar ile >5 gebeliği olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gebeliği olmayanların APTÖ – toplam puanları, >5 gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Düşük yapma durumuna göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,790; p=0,005). Düşük yapmayanların topluma ilişkin tutum puanları, düşük yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Küretaj yapma durumuna göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,468; p=0,014). Küretaj yapmayanların topluma ilişkin tutum puanları, küretaj yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Planlı gebelik durumuna göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=12,749; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gebeliği planlı olmayanlar ile gebelik öyküsü olmayanların topluma ilişkin tutumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Planlı gebelik durumuna göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=7,241; p=0,027). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gebeliği planlı olmayanlar ile gebelik öyküsü olmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gebelik öyküsü olmayanların APTÖ – toplam puanları, planlı gebelik öyküsü olanlara istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=17,377; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; normal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapan ve doğum yapmamış olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sezaryen doğum yapan ve doğum yapmamış olanların topluma ilişkin tutum puanları, normal doğum yapmış olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Doğum şekline göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=7,123; p=0,028). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; normal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapan ve doğum yapmamış olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sezaryen doğum yapan ve doğum yapmamış olanların APTÖ – toplam puanları, normal doğum yapmış olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çizelge 3.7 Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Aile planlaması tutum ölçeği							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
AP bilgisi alınan yer									
Basın/yayın	25	4,25±0,38	4,1 [0,6]	3,59±0,88	3,4 [1,4]	4,14±0,68	4,3 [1,3]	4,01±0,52	3,9 [0,8]
Komşu/akraba/arkadaş	47	4,04±0,53	4,1 [0,5]	3,46±0,62	3,5 [0,9]	3,84±0,87	4,0 [1,4]	3,81±0,53	3,9 [0,6]
Sağlık personeli	128	3,98±0,69	4,1 [0,9]	3,60±0,69	3,5 [0,7]	3,80±0,81	4,0 [1,1]	3,82±0,57	3,8 [0,5]
İstatistiksel analiz*		χ^2=2,138		χ^2=1,470		χ^2=3,398		χ^2=1,387	
Olasılık		p=0,343		p=0,480		p=0,183		p=0,500	
AP danışmanlığı alma	138	4,07±0,60	4,2 [0,8]	3,56±0,70	3,5 [0,8]	3,87±0,83	4,1 [1,3]	3,86±0,53	3,9 [0,5]
Evet	62	3,93±0,69	4,1 [0,7]	3,58±0,69	3,4 [0,9]	3,82±0,79	3,9 [1,4]	3,79±0,60	3,9 [0,8]
Hayır									
İstatistiksel analiz		Z=-1,158		Z=-0,093		Z=-0,834		Z=-0,765	
Olasılık		p=0,247		p=0,926		p=0,404		p=0,444	
AP'de iletişim sorunu									
Evet	7	4,28±0,36	4,1 [0,4]	3,92±0,76	3,9 [0,8]	4,48±0,74	4,8 [1,3]	4,20±0,45	4,2 [0,1]
Hayır	148	4,03±0,64	4,2 [0,8]	3,59±0,72	3,5 [0,9]	3,84±0,82	4,0 [1,3]	3,85±0,56	3,9 [0,5]
Bilgi almamış	45	3,78±0,64	4,1 [0,5]	3,43±0,59	3,4 [0,7]	3,78±0,78	4,0 [1,2]	3,75±0,54	3,7 [0,5]
İstatistiksel analiz		χ^2=1,029		χ^2=3,928		χ^2=5,265		χ^2=5,342	
Olasılık		p=0,598		p=0,140		p=0,072		p=0,069	
AP hizmeti alınan dönem									
Evlilik öncesi (1)	21	4,52±0,38	4,6 [0,5]	4,42±0,66	4,6 [0,9]	4,45±0,35	4,5 [0,5]	4,47±0,40	4,6 [0,4]
Evlilik sonrası (2)	50	4,17±0,59	4,3 [0,6]	3,63±0,72	3,5 [0,9]	3,86±0,79	4,0 [1,2]	3,93±0,52	3,9 [0,5]
İlk doğumdan sonra (3)	77	3,83±0,62	3,8 [0,9]	3,35±0,55	3,4 [0,6]	3,71±0,88	3,9 [1,3]	3,64±0,48	3,7 [0,5]
İstatistiksel analiz		χ^2=31,574		χ^2=28,751		χ^2=15,349		χ^2=35,613	
Olasılık		**p=0,000**		**p=0,000**		**p=0,000**		**p=0,000**	
Fark		**[1-2,3] [2-3]**		**[1-2,3]**		**[1-2,3]**		**[1-2,3] [2-3]**	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 3.7 (Devamı) Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Aile planlaması tutum ölçeği							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
AP yöntemi kullanma									
Evet	131	3,98±0,68	4,1 [0,7]	3,69±0,70	3,5 [0,8]	3,81±0,86	4,0 [1,1]	3,85±0,59	3,9 [0,7]
Hayır	69	4,11±0,52	4,1 [0,7]	3,33±0,64	3,1 [0,5]	3,94±0,72	4,0 [1,3]	3,82±0,49	3,9 [0,5]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,173		Z=-3,774		Z=-0,755		Z=-0,545	
Olasılık		p=0,241		**p=0,000**		p=0,450		p=0,586	
Kullanılan AP									
Kondom (1)	54	4,25±0,45	4,3 [0,5]	3,78±0,70	3,7 [1,3]	4,30±0,73	4,4 [0,8]	4,04±0,45	4,0 [0,6]
RIA (2)	48	3,79±0,70	3,8 [0,8]	3,58±0,59	3,4 [0,6]	3,74±0,88	4,0 [1,2]	3,71±0,55	3,8 [0,5]
Tüpligasyon (3)	16	4,10±0,46	4,0 [1,0]	3,95±0,76	4,0 [1,5]	4,03±0,64	4,1 [1,3]	3,90±0,48	3,9 [0,9]
Diğer (4)	13	3,80±0,70	3,8 [0,9]	3,34±0,75	3,4 [0,8]	3,52±0,96	3,3 [1,3]	3,59±0,71	3,6 [0,6]
İstatistiksel analiz		χ^2=19,122		χ^2=6,879		χ^2=8,287		χ^2=17,113	
Olasılık		**p=0,000**		p=0,076		**p=0,040**		**p=0,001**	
Fark		**[1-2,4]**				**[1-4]**		**[1-2,4]**	
Kullanılan AP yönteminden şikayet (n=131)									
Evet	10	4,11±0,46	4,1 [0,7]	3,65±0,43	3,5 [0,8]	4,34±0,78	4,2 [1,0]	4,02±0,32	4,0 [0,6]
Hayır	121	3,97±0,69	4,1 [0,8]	3,64±0,72	3,5 [0,8]	3,77±0,86	4,0 [1,4]	3,82±0,60	3,8 [0,7]
İstatistiksel analiz		Z=-0,405		Z=-0,500		Z=-1,721		Z=-1,254	
Olasılık		p=0,685		p=0,617		p=0,085		p=0,210	
Aynı AP yöntemini kullanma süresi									
1 seneden daha az	44	4,05±0,68	4,3 [1,0]	3,78±0,69	3,5 [1,2]	3,82±0,82	4,0 [1,0]	3,91±0,60	3,9 [0,8]
1-5 sene	51	4,02±0,68	4,2 [0,8]	3,61±0,80	3,5 [1,0]	3,81±0,94	4,0 [1,5]	3,83±0,62	3,8 [0,8]
5-10 sene	22	3,70±0,70	3,9 [0,5]	3,50±0,50	3,5 [0,6]	3,64±0,92	3,8 [1,3]	3,62±0,54	3,6 [0,6]
10 yıldan fazla	14	3,97±0,56	4,2 [1,0]	3,41±0,44	3,5 [0,8]	4,08±0,45	4,1 [1,0]	3,81±0,34	3,9 [0,5]
İstatistiksel analiz		χ^2=6,618		χ^2=3,231		χ^2=2,068		χ^2=3,947	
Olasılık		p=0,085		p=0,357		p=0,558		p=0,267	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 3.7 (Devamı) Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=200)	**n**	**Aile planlaması tutum ölçeği**							
		Topluma ilişkin tutum		*Yöntemlere ilişkin tutum*		*Gebeliğe ilişkin tutum*		**APTÖ – toplam**	
		$\bar{X} \pm$ S.S.	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm$ S.S.**	**Medyan [IQR]**
AP yöntemine karar									
Kendisi	54	3,94±0,75	4,1 [1,0]	3,59±0,69	3,5 [0,7]	3,83±0,88	4,1 [1,3]	3,80±0,63	3,9 [0,7]
Eşiyle birlikte	65	4,03±0,23	4,2 [0,8]	3,66±0,77	3,5 [1,3]	3,83±0,86	4,0 [1,1]	3,87±0,59	3,8 [0,7]
İstatistiksel analiz*		Z=-0,768		Z=-0,014		Z=-0,190		Z=-0,566	
Olasılık		p=0,443		p=0,989		p=0,849		p=0,571	
Daha önce AP kullanılıp bırakma									
Evet	96	4,06±0,63	4,1 [0,7]	3,56±0,70	3,4 [1,0]	3,88±0,81	4,1 [1,3]	3,85±0,57	3,9 [0,6]
Hayır	104	3,99±0,63	4,1 [0,7]	3,58±0,70	3,5 [0,9]	3,83±0,82	4,0 [1,4]	3,82±0,54	3,8 [0,5]
İstatistiksel analiz		Z=-0,891		Z=-0,055		Z=-0,575		Z=-0,621	
Olasılık		p=0,373		p=0,956		p=0,565		p=0,534	
Bırakılan yöntem									
Hap	25	4,16±0,63	4,2 [0,6]	3,62±0,71	3,4 [1,3]	4,02±0,66	4,3 [0,4]	3,95±0,57	3,9 [0,8]
Kondom	32	3,96±0,69	4,1 [0,9]	3,48±0,79	3,4 [0,7]	4,04±0,71	4,1 [0,8]	3,83±0,59	3,8 [0,7]
RIA	28	3,98±0,63	4,0 [0,8]	3,66v0,74	3,4 [1,0]	3,70±0,33	4,0 [1,9]	3,81±0,66	3,9 [0,9]
Diğer	16	3,99±0,64	4,2 [0,9]	3,30±0,30	3,4 [0,6]	3,33±0,92	3,2 [1,8]	3,61±0,45	3,7 [0,4]
İstatistiksel analiz		χ^2=3,023		χ^2=1,711		χ^2=7,176		χ^2=4,698	
Olasılık		p=0,388		p=0,634		p=0,067		p=0,195	
Daha önceki AP yöntemini bırakma									
Yan etki	42	4,02±0,65	4,2 [0,8]	3,53±0,77	3,4 [0,9]	4,00±0,80	4,2 [1,2]	3,86±0,60	3,9 [0,7]
Eşinin istememesi	14	4,10±0,75	4,4 [0,7]	3,68±0,67	3,4 [1,5]	3,82±0,81	4,1 [0,6]	3,90±0,65	3,9 [0,7]
Gebe kalmak için	24	4,29±0,37	4,3 [0,5]	3,54±0,63	3,4 [0,7]	3,94±0,73	4,3 [1,2]	3,97±0,41	3,9 [0,3]
Kullanımda zorluk	10	3,76±0,78	3,9 [1,0]	3,55±0,65	3,4 [1,1]	3,48±0,97	3,4 [1,8]	3,63±07,2	3,6 [1,0]
Diğer	12	3,75±0,63	3,8 [0,7]	3,39±0,65	3,5 [1,2]	3,45±1,05	3,4 [1,2]	3,57±0,59	3,7 [0,6]
İstatistiksel analiz		χ^2=9,385		χ^2=0,788		χ^2=5,796		χ^2=6,342	
Olasılık		p=0,052		p=0,940		p=0,215		p=0,175	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Aile planlaması hizmetinin alındığı döneme göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=31,574; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; evlilik öncesi alanlar ile evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evlilik öncesi AP hizmeti alanların topluma ilişkin tutum puanları, evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, evlilik sonrası alanlar ile ilk doğumdan sonra alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evlilik sonrası AP hizmeti alanların topluma ilişkin tutum puanları, ilk doğumdan sonra alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Aile planlaması hizmeti alınan döneme göre yöntemlere ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=28,751; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; evlilik öncesi alanlar ile evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evlilik öncesi AP hizmeti alanların yöntemlere ilişkin tutum puanları, evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Aile planlaması hizmeti alınan döneme göre gebeliğe ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=15,349; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; evlilik öncesi alanlar ile evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evlilik öncesi AP hizmeti alanların gebeliğe ilişkin tutum puanları, evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Aile planlaması hizmeti alınan döneme göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=35,613; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; evlilik öncesi alanlar ile evlilik sonrası ve ilk

doğumdan sonra alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evlilik öncesi alanların APTÖ – toplam puanları, evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, evlilik sonrası alanlar ile ilk doğumdan sonra alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evlilik sonrası alanların topluma ilişkin tutum puanları, ilk doğumdan sonra alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre yöntemlere ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-3,774; p=0,000). Aile planlaması yöntemi kullananların yöntemlere ilişkin tutum puanları, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kullanılan aile planlaması yöntemine göre topluma ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=19,122; p=0,000). Kullanılan aile planlaması yöntemine göre gebeliğe ilişkin tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,287; p=0,040). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda kondom kullananlar ile RIA ve diğer yöntemleri kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kondom kullananların topluma ilişkin tutum puanları, RIA ve diğer yöntemleri kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kondom kullananların gebeliğe ilişkin tutum puanları, diğer yöntemleri kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir Kullanılan aile planlaması yöntemine göre APTÖ – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=17,113; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kondom kullananlar ile RIA ve diğer yöntemleri kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kondom kullananların APTÖ – toplam puanları, RIA ve diğer yöntemleri kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çizelge 3.8 Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkilerinin İncelenmesi

Korelasyon* (N=200)			Aile planlaması tutum ölçeği			
			Topluma ilişkin tutum	*Yöntemlere ilişkin tutum*	*Gebeliğe ilişkin tutum*	**Toplam – APTÖ**
Aile planlaması tutum ölçeği	*Topluma ilişkin tutum*	*r*	1,000	0,233	0,535	0,784
		p	-	**0,001**	**0,000**	**0,000**
	Yöntemlere ilişkin tutum	*r*	0,233	1,000	0,368	0,643
		p	0,001	-	**0,000**	**0,000**
	Gebeliğe ilişkin tutum	*r*	0,535	0,368	1,000	0,808
		p	0,000	0,000	-	**0,000**
	Toplam – APTÖ	*r*	0,784	0,643	0,808	1,000
		p	0,000	0,000	0,000	-

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Topluma ilişkin tutum ile yöntemlere ilişkin tutum arasında pozitif yönde, çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,233; p=0,001). Topluma ilişkin tutum puanları arttıkça, yöntemlere ilişkin tutum puanları artacaktır. Aynı şekilde, topluma ilişkin tutum puanları azaldıkça, yöntemlere ilişkin tutum puanları azalacaktır.

Gebeliğe ilişkin tutum ile topluma ve yöntemlere ilişkin tutum arasında pozitif yönde, sırasıyla zayıf/orta ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Gebeliğe ilişkin tutum puanları arttıkça, topluma (r=0,535; p<0,05) ve yöntemlere (r=0,368; p<0,05) ilişkin tutum puanları artacaktır. Aynı şekilde, gebeliğe ilişkin tutum puanları azaldıkça, topluma ve yöntemlere ilişkin tutum puanları azalacaktır.

APTÖ – toplam puanları ile topluma, yöntemlere ve gebeliğe ilişkin tutum arasında pozitif yönde, sırasıyla yüksek/orta/yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Topluma, yöntemlere ve gebeliğe ilişkin tutum puanları arttıkça, APTÖ – toplam puanları artacaktır. Aynı şekilde, topluma, yöntemlere ve gebeliğe ilişkin tutum puanları azaldıkça, APTÖ – toplam puanları azalacaktır

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada Ahıskalı Türk kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamıza dahil olan kadınlara ilişkin sosyo-demografik bulguların dağılımı değerlendirildiği zaman yaş ortalamalarının 32,94 (±6,77 yıl) olduğu, eşlerinin yaş ortalamaları ise 37,19 (±6,76 yıl) olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumlarına göre dağılımda ise kadınların yarısından çoğunun, eşlerinin ise yaklaşık yarısının ortaöğretim/lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların çalışma durumuna göre dağılımı değerlendirildiği zaman yarısından çoğunun çalıştığı belirlenmiştir. Gelir durumuna göre dağılımı değerlendirildiği zaman kadınların çoğunluğunun gelir durumunu orta düzeyde olarak tanımlamaktadır. Kaplan, Bahar ve Sertbaş (2007) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda yaş, eğitim, gelir, çalışma durumu ile de doğum sonrası kaygı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve gebelik tercihlerine etki ettiği saptanmıştır (Kaplan ve ark.,2007). Çalışmamızın bulgularına göre katılımcı kadınların ve eşlerinin yarısından fazlasının ortaöğretim mezunu olduğu, kadınların çalışma oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmaya dahil olan Ahıskalı kadınların obstetrik bulgularına bakıldığı zaman yarısının 1-3 gebelik öyküsü olduğu, 5 ve üzeri gebelik öyküsü olanların ise sayısının düşük olduğu saptanmıştır. Her 10 kadından neredeyse üçünün düşük öyküsü, her 10 kadından ikisinin ise küretaj öyküsü olduğu gözlemlenmiştir. Bu oranlar TNSA 2018 verileri ile karşılaştırıldığı zaman, Ahıskalı kadınların hem düşük hem de küretaj oranları yüksek olduğu saptanmıştır (TNSA, 2018). Yapılan bir araştırmaya göre kadınların yaşlarının ilerlemesiyle beraber küretaj oranları da yükselmektedir (Wu ve ark., 1992). Buna göre araştırmamızın örneklemini oluşturan Ahıskalı kadınların yaş ortalamaları arttıkça küretaj oranlarının da arttığı söylenebilir.

Kadınların APTÖ'nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları değerlendirildiği zaman APTÖ alt boyutu olan yönteme yönelik tutum puanları, topluma ve gebeliğe yönelik tutum puanına göre pozitif yönde yüksek bulunmuştur. APTÖ'nün kesim noktası 119 iken çalışmamıza katılan kadınların puan ortalamaları 130,48 olarak bulunmuştur. Aile planlamasına yönelik tutumların incelendiği bir çalışmada katılımcıların toplam APTÖ puan ortalamasının 114 olduğu ve kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır (Apay ve ark, 2009). Bir başka çalışmada 134.99 puan ile katılımcıların olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (Firdevs ve Sohbet, 2017) . Çalışmamızın bulgularına benzer bulguların ortaya çıktığı bir çalışmada ise katılımcıların toplam APTÖ puanları 130,72 puan olduğu ve olumlu olduğu ancak istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır (Tezel ve ark, 2015). Çalışmamıza katılan kadınların bulguları değerlendirildiği zaman tutumlarının olumlu yönde olduğu ancak istenilen düzeye ulaşabilmesi için AP hizmetlerine gerek duyulduğunu anlaşılmaktadır.

Kadınların AP ve AP yöntemlerine ilişkin bulguları incelendiği zaman, AP hakkında bilgiyi yarısından fazlasının sağlık personelinden, yaklaşık ¼'ünün komşu/akraba/arkadaş çevresinden aldığı belirtilmiştir. Buna göre bilgiyi çevreden elde eden katılımcıların AP bilgisinin doğruruluk ve yeterliliğinin sorgulanmasının gerekli olduğu söylenebilir. Kadınların AP yöntem kullanım durumuna bakıldığı zaman Türkiye geneliyle hemen hemen aynı orandadır (TNSA, 2018). AP yöntem tercihlerine bakıldığında ise en çok kullanılan yöntemler sırasıyla kondom, RİA,tüpligasyon olarak sıralanabilir. Türkiye genelinde en çok tercih edilen yöntem olan geri çekme yönteminin kullanma sıklığı %20 iken , Ahıskalı çiftler arasında bu oran %3,8 ile düşük olarak gözlenmiştir. Post-Sovyet ülkelerinde yapılan AP yöntemlerine ilişkin bir aratışmaya göre geri çekme yöntemi kullananların oranı %18, geri çekme yöntemine olan güven oranı ise % 24 olarak belirtilmiştir. Çalışmanın diğer bulgularına göreyse en çok tercih edilen yöntemler sırasıyla oral kontrasepsiyon ve RİA olarak belirtilmiş ve kadınların yaklaşık yarısının AP 'ye yönelik bilgiyi basın–yayın, medikal dergi ve gazetelerden edindiği saptanmıştır (Visser ve ark., 1993) . Aynı sonuçların saptandığı diğer bir çalışmada da geri çekme yöntemini kullananların oranı oldukça düşük bulunmuştur (Barden-O'Fallon ve ark., 2011). Sürgün sonrası

yerleştirilen ve günümüze kadar post-sovyet ülkelerinde yaşamış olan Ahıskalı Türkler'in de (Avci., 2012) bulundukları toplumların AP'yönelik tutumundan etkilendiği söylenebilir.

Aile planlaması yöntemi seçiminde karar verme sürecinde ise yaklaşık yarısının eşiyle birlikte, yaklaşık diğer yarısının ise kendisinin bir yönteme karar verdiği saptanmıştır. Kadınların yaklaşık yarısının kendisinin karar vermesi de dikkat çekici bir bulgudur. Benzer bulguların gözlendiği bir çalışmada ise kadınların yaklaşık yarısının AP yöntemine kendilerinin karar verdiği ve AP'nin kadınların sorumluluğunda olan bir durum olarak algılandığı görülmüştür (Govindasamy and Malhotra, 1996). Bulguların benzerliği değerlendirildiği zaman AP ve AP yöntem tercihinin kadınların sorumluğunda olan bir uygulama olarak görüldüğü söylenebilir.

Bırakılan AP yöntemlerine bakıldığı zaman en çok kondom yönteminin ardından da hap yönteminin bırakıldığı belirtilmiştir. Bırakma nedeni en çok yan etki, gebe kalmak ve eşinin istememesi olarak belirtilmiştir. Türkiye geneline bakıldığı zaman bu oran sırasıyla gebe kalmak için, yan etki, temin güçlüğü olarak sıralanmıştır (TNSA, 2018). Bu bulgulara göre Ahıslkalı kadınların Türkiye genelinden farklı olarak daha çok eşlerinin istekleri üzerine yöntem bıraktığı belirlenmiştir. Ayrıca yan etki oranının fazla olması da uygun AP yönteminin seçilmediğini düşündürmektedir.

Sosyodemografik özelliklerin APTÖ puanları ile karşılaştırıldığı çizelge değerlendirildiği zaman eğitim seviyesi arttıkça APTÖ toplam ve tüm APTÖ alt boyut puanlarınının yükseldiği belirlenmiştir. Aile planlamasına yönelik tutumların incelendiği bir çalışmada da benzer bulgulara rastlanmış, eğitim durumu ile APTÖ puanlarının doğru orantılı olduğu gözlemlenmiştir (Gözükara ve Kabalcıoğlu., 2014). Araştımamızda sadece kadınlarda değil eşlerinde de aynı bulgulara rastlanmış, eğitim durumu yükseldikçe tolam APTÖ ve tüm APTÖ alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yükseldiği belirtilmiştir. Bir diğer bulgu ise yaş aralığı 31-35 yaş aralığında olan eşlerin tolam APTÖ ve tüm APTÖ alt boyut puanlarının 40 yaş ve üzeri olanlara göre daha yüksek olarak gözlemlenmiştir. Buna göre eğitim seviyesinin ve genç yaşın aile planlaması tutumlarını olumlu yönde etkileyen faktörler olduğu görülmektedir.

Araştırmamızın örneklemini oluşturan kadınların hastalık öyküleri değerlendirildiği zaman en çok görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon, diabetes mellitus, tiroid hastalıkları olarak sıralanmaktadır. Hipertansiyon neredeyse her 10 kadından 3'ünde rastlanmaktadır. Buna yönelik yapılan bir çalışmaya göre kronik hastalıkların AP, gebelik ve emzirme üzerinde olumsuz etkisinin olduğu gözlenmiştir. (Duman ve ark., 2019). Araştırma kitlemizin bulguları değerlendirildiği zaman kronik hastalık oranlarının azımsanmayacak seviyede olduğu ve AP'ye yönelik tutumu etkileyen önemli faktörlerden olduğu söylenebilir.

Eş ile tanışma şekline yönelik bulgular incelendiği zaman neredeyse her 10 kadından altısının aile ve komşu aracılığıyla, ikisinin arkadaş çevresi aracılığıyla, birinin okul çevresi aracılığıyla tanıştığı görülmektedir. Eş ile tanışma şeklinin APTÖ alt boyutlarına etkisini incelediğimiz zaman okul, iş çevresinden tanışanların puanları aile ya da komşu çevresinden tanışanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmalara bakıldığı zaman eş ile tanışma şeklinin eşler arası uyumu etkilediği, severek kendi isteğiyle evlenenlerin uyum puanı aile çevresinden ya da görücü usulü evlenenlerden daha yüksek bulunmuştur. Eşler arası uyumun ise AP yöntemlerine yönelik tutumu etkilediği saptanmıştır (Ertop ve Atalay, 2012). Buna göre Ahıskalı Türk kadınların çoğunluğunun eşleriyle aile ve komşu çevresinden tanıştığı, bu durumun AP yöntemlerine yönelik tutumu da olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmamızda eş ile akrabalık durumlarının APTÖ alt boyutlarına yönelik tutumlara etkisi incelendiği zaman eşi ile akraba olmayanların toplam APTÖ puanlarının akraba olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Akraba olan bireyler diğer bireylere göre daha fazla ortak gene sahip olmaları nedeni ile kalıtsal hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. Literatürde bulunan çalışmalara bakıldığı zaman akraba evliliklerinin başlıca sebebi örf, adet, inançlar ve eğitim seviyesidir (Şahin ve Şen, 2020). Fetal riskler ve anomalili fetal gelişim risklerinin varlığı göz önüne alındığında, eşi ile akrabalık durumu olan çiftlerin toplam APTÖ ve APTÖ alt boyut puanlarının yüksek olması beklenir. Ancak araştırmamızın örneklemini oluşturan kadınlar değerlendirildiği zaman eşiyle akrabalık durumu

olanların APTÖ ve APTÖ alt boyut puanlarının düşük dolayısıyla risk altında oldukları söylenebilir.

Çalışmamızın bulguları, sosyal güvencesi olan kadınların sosyal güvencesi olmayanlara göre APTÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Gözükara and Kabalcıoğlu (2014) sosyal güvencesi olan çiftlerin aile planlamasına yönelik tutumlarının olumlu olduğunu belirtmişlerdir (Gözükara ve Kabalcıoğlu, 2014). Başka bir araştırmada sosyal güvenceye sahip olan çiftlerin AP yöntem kullanım oranı yüksek bulunmuştur (Ayaz ve Yaman, 2019). Çalışmalar ve çalışmanın bulguları sosyal güvenceye sahip olmanın AP'ye yönelik tutumu etkilediğini ortaya koymaktadır. Sosyal güvencesi olmayanların APTÖ toplam puanlarının düşük oması ise toplum sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Aile planlamasına ilişkin tutumun düşük olması istenmeyen gebelik riskini beraberinde getirmekte dolayısıyla anne ve çocuk sağlığını tehdit etmektedir. Bu grubun aile planlaması danışmanlık hizmetlerinden özellikle yararlanmasının gebeliklerin istenen zamanda ve sayıda planlanmasında oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızın örneklemini oluşturan kadınların gelir durumuna göre bulguları incelendiği zaman gelir düzeyi arttıkça topluma, gebeliğe ve yöntemlere yönelik tutumun yükseldiği gözlemlenmiştir. Düşük gelir düzeyine sahip çiftler ile yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların gelir düzeyi düştükçe AP'ye yönelik tutumlarının olumsuz yönde olduğu belirtilmiştir (Wambui ve Ek, 2009). Buna göre AP ve gelir düzeyinin birbirini etkilediği ve gelir düzeyi yüksek olan bireylerin AP'ye yönelik tutumlarının da olumlu yönde olduğu gözlenmiştir.

Kadınların obsetrik bulguları ile APTÖ puanlarının karşılaştırıldığı tablo incelendiği zaman gebelik sayısı arttıkça APTÖ alt boyutlarına yönelik tutumu olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Gebelik sayısı arttıkça kız ve erkek çocuk ayrımının oluştuğu, fazla çocuğun aileye destek olacağı düşüncesinin arttığı, fazla çocuğun sosyal güç sağladığı, kadının asıl görevinin doğum yapmak olduğu gibi düşüncelerin olduğunu böylece topluma yönelik tutumu etkilediği göstermektedir. Tober ve arkadaşlarının (2006) yürüttüğü bir çalışmaya göre araştırma kitlesinin

eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arttıkça çocuk sayısının düştüğü, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düştükçe ise çocuk, gebelik sayısının arttığı gözlenmiştir. Buna etki eden en önemli faktörlerin ise kültür ve inanç olduğu belirtilmiştir (Tober ve Taghdisi, 2006). Buna göre gebelik sayısının çok olmasının AP yöntemlerini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğu, sağlık profesyonellerinin Ap hizmeti verdikleri zaman göz önünde bulundurması gereken bir bulgu olduğu saptanmıştır.

Kadınların doğum şekline göre APTÖ puanları değerlendirildiğinde sezeryen doğum öyküsü olan kadınların daha APTÖ puanları yüksek olarak tespit edilmiştir. Postpartum AP yöntem tercihinin incelendiği bir çalışmaya göre sezeryen doğum gerçekleştiren kadınların kontrasepyion yöntemlerine normal vajinal doğum yapanlara göre daha fazla başvurduğu görülmüştür. Aynı çalışmaya göre bunun en önemli sebebinin doğum sonrası verilen AP danışmanlık hizmetileri kapsamında, sezeryen sonrası kısa süre aralıklı gebeliklerin oluşturduğu risklerin anlatılmasının olduğu belirtilmiştir (Hafizah ve ark,, 2020). Buna göre sezeyen doğum yapan kadınların komplikasyonları önlemek adına AP yöntemlerine daha çok başvurduğu söylenebilir.

Aile planlaması hizmeti alma durumları ile APTÖ puanları karşılaştırıldığı zaman evlilik öncesi AP hizmeti alanların APTÖ alt boyut puanları ilk doğumdan sonra AP hizmeti alanlara göre olumlu düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada doğum öncesi dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla devam ettirilen AP hizmeti ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını önemli derecede etkilediğini belirlemişlerdir (Erenel ve Eroğlu, 2009). Başka bir çalışmada hemşireler tarafından AP'ye yönelik eğitim verildikten sonra kadınların yaklaşık yarısının etkili AP yöntemi kullanmaya başladığı görülmüştür (Yurdakul ve Vural, 2002). Araştırmamıza katılan kadınlar değerlendirildiği zaman AP hizmetleri için evlilik sonrası ya da doğum sonrası başvurdukları, evlilik öncesi AP hizmetlerinden yararlananların oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgular evlilik öncesi AP hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının önemine işaret etmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ahıskalı Türk kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Çalışmamıza dahil olan kadınların yaş ortalamaları 32,94 (±6,77 yıl), eşlerinin ise yaş ortalamaları ise 37,19 (±6,76 yıl)'dur. Kadınların %58,5'i , eşlerinin ise %51'i ortaöğretim ve ya lise mezunudur, %58'i herhangi bir işte çalışmaktadır. %23,5'i eşleri ile uzaktan akrabadır, %52,5'i çekirdek, %47,5'i geniş aileye sahiptir.

- Çalışmaya katılan kadınların plansız gebelik oranı %43,5'dir. Aile planlaması yöntemi kullananların oranı %65,5'dir.

- Gebeliğe ilişkin tutum ile topluma ve yöntemlere ilişkin tutum ararsında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. APTÖ toplam puanları ile topluma, yöntemlere ve gebeliğe ilişkin tutum arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

- Kadınların toplam APTÖ puan ortalaması 130,48 puan ile olumlu yöndedir ancak istenilen düzeyde değildir.

- En çok tercih edilen yöntemler sırasıyla kondom, RİA ve tüpligasyondur. Yaklaşık ¼'ü sağlık personelinden AP'ye yönelik bilgi almamıştır. AP eğitimi alırken sorun yaşayanların yaklaşık yarısı sağlık personeline

ulaşmada zorluk çekmekte ve dil ile ilgili problemler yaşamıştır. Kadınların sadece %14'ü AP planlaması eğitimini evlilik öncesi almaktadır. Kadınların %34,5'i AP yöntemi kullanmamaktadır. Yarısına yakını yan etki nedeni ile kullandığı yöntemi bırakmıştır.

- Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça APTÖ puanı artmaktadır.

- Akraba olmayanların APTÖ ve tüm alt boyutlarına ilişkin puanı akraba olanlara göre yüksektir.

- Gelir düzeyi orta ve yüksek olanların APTÖ ve tüm alt boyut puanları gelir düzeyi düşük olanlara göre yüksektir.

- Gebelik öyküsü 1-3 olanların APTÖ ve tüm alt boyut puanları 5 ve üzeri gebeliği olanlara göre yüksektir.

- Düşük ve küretaj hikayesi olmayanların topluma ilişkin tutum puanları öyküsü olanlara göre daha yüksektir.

- Evlilik öncesi AP hizmeti alanların toplam APTÖ ve APTÖ alt boyut puanları evlilik sonrası ve ilk doğumdan sonra olanlara göre yüksektir.

- Kondom kullananların APTÖ toplam, topluma ve yönteme ilişkin puanları , RİA ve diğer yöntemleri kullananlara göre yüksektir.

Çalışmamızın bulgularına göre öneriler şu şekildedir:

- Sağlık personelinin çalışmayan, kendisinin ve eşlerinin öğrenim düzeyi düşük olan, geniş ailede yaşayan, ekonomik durumu düşük düzeyde olan, sosyal güvencesi olmayan kadınların AP'ye karşı olumsuz tutuma sahip olabileceğinden, bu kişilerin AP ile ilgili düşüncelerine ilişkin veri toplaması, bununla ilgili yaşadığı sorunları açıklamasına fırsat verilmesi ve buna göre AP hakkında eğitim verilmesi sağlanabilir.

- Ahıskalı Türk kadınlar toplu dayanışmaya yatkın olduğundan toplu şekilde, daha fazla kitleye ulaşabilmek adına kadınların topluca çalıştığı iş yerleri (konfeksiyon atölyeleri , fabrika vs.) ziyaret edilerek AP'ye yönelik eğitimler verilebilir. Daha fazla kitleye ulaşabilmek için sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapılabilir.

- Akraba evliliği oranının yüksekliği göz önünde bulundurularak oluşturabileceği riskler açısından bilgilendirme yapılabilir.

- Sağlık personeline ulaşmada zorluk çekenler ve dil ile ilgili sorunlar yaşayanlar için ev ziyaretleri geçekleştirilebilir. İletişim sorununu çözmek adına danışanın geldiği ülkenin dilini bilen tercümanlar ile çalışılabilir.

- AP eğitimine yalnızca kadınları değil eşlerini ya da eş adaylarını da dahil ederek, AP'nin yalnızca kadınların sorumluluğunda değil çiftlerin sorumluluğunda olan bir uygulama olduğu yansıtılabilir.

- Basın/yayın araçları, eğitimler sayesinde AP eğitimi ve hizmetlerine evlilik öncesi ya da doğum öncesi dönemde başvurmaları sağlanabilir.

- Bireyin kendisi için uygun olan AP yöntemini seçebilmesi için hemşireler ile birebir görüşmeler sağlanabilir bu sayede yan etki oranı düşürülebilir.

ÖZET

Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Etkleyen Faktörlerin İncelenmesi

Araştırma Ahıskalı Türk kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.. Araştırma örneklemini Gürsu 1 Nolu Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 200 Ahıska'lı Türk kadın oluşturmuştur. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul onayı ve gerekli diğer izinler alınmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanmış Kişisel Veri Toplama Formu ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) kullanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmamıza katılan Ahıska'lı Türk kadınların %31'inin sağlık personelinden AP'ye yönelik bilgi almadığı, bilgi alanların % 57,1'inin sağlık personeline ulaşmada zorluk yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların %34,5'inin AP yöntemi kullanmadığı, %14'ünün AP'ye yönelik bilgiyi evlilik öncesi aldığı saptanmıştır. En çok kullanılan yöntemlerin %41,2 ile kondom , %36,6 ile RİA olduğu belirlenmiştir. Kaınların %43,7'sinin yan etki nedeni ile kullandığı yöntemi bıraktığı saptanmıştır.

Katılımcıların eşi ve kendisinin eğitim düzeyi arttıkça APTÖ puanının arttığı belirlenmiştir. Eşi ile akraba olmayanların akraba olanlara göre ($p<0,05$); gelir düzeyi yüksek olanların gelir düzeyi düşük olanlara göre ($p<0,05$); evlilik öncesi AP hizmeti alanların evlilik sonrası alanlara göre ($p<0,05$) APTÖ ve tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliğe ilişkin tutum ile topluma ($r=0,535$; $p<0,05$). ve yöntemlere ($r=0,368$; $p<0,05$) ilişkin tutum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan kadınların APTÖ puan ortalamasının 130,48 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak Ahıskalı Türk kadınların AP'ye yönelik tutumları olumlu yönde ancak istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda Ahıskalı Türk kadınların AP'ye yönelik tutumlarının iyileştirilmesine ihtiyaç vardır. Buna yönelik verilecek olan AP hizmeti istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesine ve toplum sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ahıskalı Kadınlar, Aile Planlaması, Etkileyen Faktörler,Tutum

SUMMARY

Investigation Of Ahiska Turkish Women's Attitudes Towards Family Planning and Influencing Factors

The aim of the study carried out in a descriptive manner was to determine the attitudes of Ahıska Turkish women towards family planning and the factors affecting them. The sample of the research consisted of 200 Ahıska Turkish women, registered in the Kurtulus Family Health Center No. 1 in Gürsu. Ethics committee approval and other necessary permissions were obtained in order to conduct the study. Data was collected using the Personal Data Collection Form and Family Planning Attitude Scale (FPAS). Frequency tables and descriptive statistics Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H test and Spearman correlation analysis were used to interpret the findings.

It was determined that 31% of the Ahıska Turkish women who participated in our study did not receive information about FP from the health personnel, and 57.1% of those who received information had difficulty in reaching the health personnel, 34.5% of the participants did not use FP method, and 14% received information about FP before marriage. It was determined that the most used methods were condom with 41.2% and IUD with 36.6%. The most used methods were condom with 41.2% and IUD with 36.6% and 43.7% of the women discontinued the method they used due to side effects.

It was found in the study that when the education level of the spouses and the participants increased, the FPAS score also increased. It was determined that the average scores of FPAS and all its sub-dimensions were higher for those who were not related to their spouses than those who were related ($p<0,05$), those with a high income level compared to those with a low income level ($p<0,05$), those who received FP service before marriage compared to those who received FP service after marriage ($p<0,05$). A positive and significant relationship was found between the attitude towards pregnancy and the attitude towards society ($r=0,535$; $p<0,05$) and methods ($r=0,368$; $p<0,05$). It was found that the average FPAS score of the women participating in our study was 130.48. As a result our study revealed that the attitudes of women towards FP were positive, but not at a desired level. The FP service to be provided for this purpose will contribute to the prevention of unwanted pregnancies and the improvement of public health.

Keywords: Ahıska women, Attitude, Family planning, Influencing factors

KAYNAKLAR

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI (2014). Türkiye aile yapısı araştırması, tespitler ve öneriler. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları,101-256.

AKIN L, ÖZAYDIN N,ASLAN D (2006). Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* **48**(2): 63-69

ALAN DİKMEN H, CANKAYA S, DERELİ YİLMAZ, S. (2018). The attitudes of refugee women in Turkey towards family planning. *Public Health Nursing*, **36**(1): 45-52.

ALEMAYEHU, M; VE ARK. (2016). Family planning use and associated factors among pastoralist community of afar region , eastern Ethiopia. *BMC woman health*, **16**(1): 1-9.

ALPU, Ö; FIDAN, H;. (2009). On the use of contraceptive methods among. *The European Journal of Contraception & Reproductive*, 2028-2036.

ALYANAK İ Y, KARDAM F, KOÇ İ, ERGÖÇMEN B. (2003). *Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına Engel Olan Süreçler, İçinde Niteliksel Araştırma: Gebeliği Önleyici Yöntemler ve İstemli Düşükler.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Orkide Basımevi.

APAY, S. E., NAZİK, E., ÖZDEMİR, F., & PASİNLİOĞLU, T. (2010). Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13**(3): 1-7.

ATAN Ü, Ş; ve ark. (2011). Attitudes towards family planning among women seeking induced abortion in İzmir, Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Healt Care*, **16**(3): 194-200.

AVCI O (2012). Understanding the Culture of Ahiska Turks in Wheaton, Illinois: A Case Study. *The Qualitative Report*, 1-23.

AYAZ S, YAMAN Ş (2019). Kadınların aile planlamasına etken tutumları ve etkileyen faktörler. *Türk-Alman Jinekolojik Eğitim ve Araştırma Vakfı*, 137-141.

AYDINGÜN, A. B. (1998). A DEPORTED NATIONALITY: THE AHISKA TURKS . PERCEPTIONS: Journal of International Affairs , **3** (4) , 0-0 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/en/pub/perception/issue/49034/625536

BARDEN-O'FALLON J, REYNOLDS Z, SPLİZER İ(2011, Октябрь). Здоровье женщин России , Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения. *MEASURE Evaluation*. http://www.cpc.unc.edu/measure adresinden alındı *erişim : 16-05.22*

BELIZZI S, MANNOVA P, NAGAI M, SABEL H L (2020). Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *contraception*, **101**(1): 26-33.

BINGENHEIMER J, SKUSTER P. (2017). The Foreseeable Harms of Trump's Global Gag Rule. *Studies in Family*, **48**(3):279-290.

BLACK A. (2004). SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. *Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada*, **26**(3): 219-296.

BUCAK F, KAHRAMAN S, KARTAL M. (2018). Thiniking about make a baby of women, seasonal agricultural workers and its conditions of use of family planning. *Health Care Academician Journal*, 179 - 183.

PORTER C W (1984). *The Health Provider'r Guide to Contraception.* Massachusetts: The Pathfinder Fund, 27-56.

CLELAND J B. (2006). Family Planning: The unfinished agenda. *The Lancet* , 1810-1827.

COOK L A. (2014). Vasectomy occlusion techniques for male sterilization. *The Cochrane database of systematic reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003991.pub4 adresinden alındı erişim:10.06.22

ÇETİN M, BALTA Ö ,GÜVEN T, YANAR O (2004). Kliniğimize Başvuran Mol Gebelik Olgularının Retrospektif İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* ***26***(1), 18-22.

ÇETIŞLI, N. E. (2020). Kadınların Postpartum Kontraseptif Tercihleri ve Tutumları. *JAREN*, 67-72.

DEMİR C, TIRAŞ B, GÖKMEN O, DİLBAZ B,YENİEL Ö (2012). *Oral kontrasepsiyon klavuzu.* (İ. M. İtil, Dü.) İstanbul: cortex iletişim hizmetleri a.ş. . https://www.tjod.org/wpcontent/uploads/2013/05/oral_kontrasepsiyon_kilavuzu.pdf adresinden alındı erişim: 4.05.22

DERYA Y, TAŞHAN T S , UÇAR T, KARAASLAN T , TUNÇ A Ö(2017). The Effect On Sexual Taboos Of Attıtudes Of Towards Gender Roles. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,**6**(1):1-8.

DİKMEN H A, CANKAYA S, YILMAZ D S (2019). The attitudes of refugee women in Turkey towards family planning. *PUBLIC HEALTH NURSING*, 45-52.

DOUGLAS H, SAEEDİ N, SAMADİ A KH (2010). Achieving success with family planning in rural Afghanistan. *Bulletin of the World Health Organization*, **88,** 227-231.

DUMAN M, TAŞHAN S T, SERİN E K. (2019). Kronik hastalığı olan kadınların üreme sağlığı davranışlarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 83-91.

EGE E, TAŞHAN T ,ZİNCİR H. (2005). Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi .

ERENEL A Ş (2010). A Natural Method for Family Planning: Lactational Amenorrhea Method. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 383-390.

ERENEL A, EROĞLU K (2009). Doğum sonrası dönemde ev ziyareti yolu ile desteklenen emzirme eğitimi. *T Klin J Gynecol Obst.*, 179-188.

ERTOP N G, ATALAY B (2012). 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 1-8.

EJDER A ,S; ve ark. (2010). Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1-7.

FARID, H; VE ARK. (2013). Practice of and attitudes towards family planning among South Asian ammerican immigrants. *Contraception*, 518-522.

FISHER R M,ORNSTEIN M (2006). Hormonal contraception in adolescents. *Pediatric Drugs*, 25-45.

GALAZIOS G (2008). Attitudes towards contraception in three different populations. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* , 22-26.

GOVINDASAMY P, MALHOTRA A (1996). Women's Position and Family Planning in Egypt. *Studies in Family Planning*, 328-340. https://www.jstor.org/stable/2138028?seq=1 adresinden alındı

GÖZÜKARA F, KABALCIOĞLU F. (2014). Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Çalışma 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.* (Journal of Harran University Medical Faculty). https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/613852 adresinden alındı

GUPTA N ,BESSINGER R (2003). Associations of Mass Media Exposure with Family Planning Attitudes and Practices in Uganda. *Studies in Family Planning*, 19-31.

GÜR F, SOHBET R (2017). Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum Ve Davranışları. Medical Sciences, 12(1), 10-21.

HAILEMARIAM A, HADDİS F. (2011). Factors Affecting Unmet Need for Family Planning In Southern Nations, Nationalities and Peoples Region, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 77-90.

HALAWA M, BASHAY M F, EGGLESTON E, HARDEE K, KAFAFI L, BROWN J W. (1995). Assessing the impact of a family planning nurse training program in Egypt. *Population Research and Policy Review, 14*, 395-409.

HATCHER R A, DEBORAH K. (1990). *Contraceptive Technology İnternational Edition.* Printed Matter; International edition.

HEWITT C M, ROYE C., GEBBIE K M. (2014). Core Competency Model for the FamilyPlanning Public Health Nurse. *Public Health Nursing, **31**(*5), 472-470.

HOWARD H, GOLDSTEIN M. (2009). History Of Vasectomy Reversal. *Urologic Clinics of North America*, 359-373.

HAFIZAH T T. (2020). Factors Associated with Postpartum Family Planning in a Cohort of Kelantanese Women with Previous Caesarean Delivery in Malaysia. *IIUM Medical Journal Malaysia*. doi:https://doi.org/10.31436/imjm.v19i1.1336 erişim : 10.04.22

JACCARD J, DODGE T, DITTUS P (2003). Do Adolescents Want to Avoid Pregnancy? Attitudes Toward Pregnancy as Predictors of Pregnancy. *Journal Of Adolescent* Jacob, R Stein; ve ark. (2008). Threatened and still greatly needed family planning programs in Sub- Saharan Africa. *New York : The ACQUIRE Project / EngenderHealth*.

JAMMEH S S, LIU C Y, CHENG S F, LEE-HSIEH J. (2014). Community based study on married couples' family planning knowledge, attitude and practice in rural and urban Gambia. *African Healths Sciences*, 273-280.

KAHVECİ B. (2018). Pregnancy Outcome of Laparoscopic Tubal Reversal: A Retrospective Study. *Turkish Journal of Reproductive Medicine and Surgery*, 54-59.

KAPLAN S, BAHAR A, SERTBAŞ G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yuksekokulu dergisi*, 113-121.

KARA M, ÇAĞLAYAN E K, KARAÇAVUŞ S, ERDOĞAN Y. (2012). Yozgat ilinde yaşayan gebelerin sosyoekonomik ve demografik faktörler açısından değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Dergisi, **34***(2), 158-163.

KESİM S. İ, AKER M N, USLU E (2017). Erkeklere Yönelik Modern Kontraseptif Yöntemlerin Çiftlerin Cinsel Doyumu Üzerine Etkisi: Sistematik Derleme1. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*(1-2-3), 23-36.

KOYUNCUER A. (2004). Kontrasepsiyon ve Türkiye'de durum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, **13***(12), 455-459.

KRIDLI S, LIBBUS K (2001). Contraception in Jordan: a cultural and religious perspective. *İnternational Nursing Review*, 144-151.

MARINO S, CANELA C. D, NAMA N. (2021). *Tubal Sterilization*. June 2022 tarihinde National Library of Medicine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/ adresinden alındı erişim: 12.05.22

MAMUK R & NEVIN H. Şahin (2021) Reproductive health issues of undocumented migrant woman living İstanbul , The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care, 26:3 , 202 – 208.

NAÇAR, M., ÖZTÜRK, A., & ÖZTÜRK, Y (2003). Doğum Sonrası Verile Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem kullanmaya etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 122-130.

OLCAY, Z. (2012). Mülteci-göçmen belirsizliğinde iklim mültecileri. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, *99*(232-233), 201.

ÖRSAL Ö., KUBİLAY, G. (2007). Aile Planlamas› Tutum Ölçe¤inin Gelifltirilmesi. *i.Ü.F.N. Hem. Derg*, 155-164.

ÖZCIRPI, BIRGÜL; VE ARK . (2005). Attitudes towards family planning in the Southeast Anatolian Project (SEAP) region of Turkey. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 121-122.

ÖZTÜRK Y Ö (2011). *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması.* Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.

PAPANASTASIOU, EC; ZEMBYLAS, M;. (2002). The Effet of Attitudes on Science Achievment : A Study Conducted Among High Shool Students in Cyprus. *İnternational Review Of Education* , 469-84.

RUDY S. (2003). *Improving Client–Provider Interaction. Population Reports.* Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health,.

SOLER H, VE ARK, . (2000). Relationship Dynamics , etnicity and condom use among low-income woman. Fam Plann Perspect, 82-8.

SPEIZER, IS; MULLEN, SA; VE ARK. (2001). Gender Differences in Adult perspectives on adolescent reprodictive behaviors : Evidence from Lome,Togo. İnt Fam Plan Perspect, 178-85.

ŞAHİN İ. A., ŞEN S. (2020). AKRABA EVLİLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ: BİR METODOLOJİK ÇALIŞMA. *İnternational Anatolia Academic Journal,* 168-191. https://dergipark.org.tr/tr/pub/iaaojh/issue/53610/664910 adresinden alındı

ŞEKERCİ Y , YILDIRIM G, AYDIN T;. (2020). The knowledge, attitudes and behaviours of Syrian refugee. İnternational Journal Of Nursing Practice.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANA ÇOCUK SĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2005). *Ulusal Aile Planlamasý Hizmet Rehberi.* Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.

TAŞKIN, L. (2016). *Doğum ve Kadın sağlığı Hemşireliği.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

TEREFE A., LARSON. (1993). Modern contraception use in Ethiopia: does involving husbands make a difference? *Am J Public Health*, 1567-1671.

TEZEL, A., GÖNENÇ, İ., AKGÜN, Ş., KARATAŞ, D. Ö., & YILDIZ, T. A. Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **18**(3).

TNSA. (2018). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ana Rapor.* MAY 23, 2022 tarihinde https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf adresinden alındı erişim : 6.12.21

TOBER D M, TAGHDISI M.(2006). “FewerChildren, Better Life” or “As Many asGod Wants”? *Medical Anthropology Quarterly*, 50-71.

TÜRK JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERNEĞİ. (2012). *TJOD – Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu.* (İ. M. İtil, Dü.) MAY 2022 tarihinde Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği: https://www.tjod.org/tjod-oral-kontrasepsiyon-klavuzu/ adresinden alındı

TÜRK R.,TERZİOĞLU F. (2012). Geri Çekme Yöntemi Ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 67-80.

U.S AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT USIAD. (2019). *Family Planning And Reproductive Health Program Overview.* Washington .D.C.

UNITED NATIONS. Department for Economic, Social Information, & Policy Analysis. (1994). *Population, Environment and Development: Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Population, Environment, and Development, United Nations Headquarters, 20-24 January 1992* (No. 129). United Nations Publications.

UNITED NATIONS. (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division . World Family Planning 2017 - Highlights (ST/ESA/SER.A/414).

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. (2014). *Follow-up to the International Conference on Population and Developmend beyond.* Follow-up to the International Conference on Population and Developmend beyond adresinden alındı

VÄISÄNEN, H., KOPONEN, P., GISSLER, M., & KONTULA, O. (2018). Contraceptive use among migrant women with a history of induced abortion in Finland. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23(4), 274-28

VISSER A. P, PAVLENKO I, REMMENICK L, BRUYNIKS N, LEHERT P. (1993). Contraceptive practice and attitudes in former Soviet Union. *Advances in Contraception.*, 13-23.

WAMBUI T, EK A C, ALEHAGEN S (2009). Perceptions of family planning amonglow-income men in Western Kenya. *International Nursing Review*, 340-345.

WIEGRATZ I, THALER C J. (2011). Hormonal contraception--what kind, when, and for whom? *Deutsches Arzteblatt international*, 495-506. doi:https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0495

WORLD HEALTH ORGANISATIONS WHO. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use.* Geneve, Switzerland: WHO Press. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf adresinden alındı

WU Z C, GAO E S, KU X Y, LU S , WAN M J, HONG W C, CHOW L P. (1992). Induced Abortion Among Unmarried Women in Shanghai, China. *International Family Planning Perspectives*, 51-53+65. https://www.jstor.org/stable/2133393 adresinden alındı

YILMAZ A, HALİS M,(2013). Van il merkezinde evlenme başvurusunda bulunan çiftlerin kontrasepsiyon bilgi durumları. *Dicle Tıp Dergisi, 40*(3), 453-457.

YANIKKEREM E. (2007). Kadınların Doğum Yöntemleri ve sezeryen sonrası vajinal doğum hakkında düşünceleri. *Perinatoloji Derg*, 104-112.

YURDAKUL M, VURAL G. (2002). Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning. *Contraception*, 347–350.

EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırmada Ahıskalı Türk kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler incelenerek hem Anne ve bebek sağlığı hizmetlerine hem de hemşirelik araştırmalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır. Araştırmaya katılma koşulları aşağıdaki gibidir:

- İletişim engeli olmamak
- Ahıskalı Türk olmak
- 18 – 49 yaş aralığında olmak
- Evli olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak.

Çalışma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyodemografik özellikler (yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, aylık gelirini algılama durumu, aile tipi, eşin yaşı) evlilik özellikleri (evlenme yaşı, evlilik süresi, evlilik kararı,akrabalık durumu , eş ile tanışma yöntemi..), obstetrik özellikler (kaçıncı

gebeliği olduğu, ilk gebelik yaşı, düşük deneyimi, planlı gebelik olup olmadığı, son doğum şekli,) aile planlaması yöntemlerine ilişkin özellikler (AP bilgi kaynağı, sağlık personelinden bilgi alma durumu, AP yöntemi kullanma durumu, AP yöntemi bırakma durumu, bırakma sebebi...)'in yer aldığı 33 soruluk kişisel veri toplama formu ve 34 maddeden oluşan Aile Planlaması Tutum Ölçeği formunda yer alan sorular cevaplanacaktır. Soruların yanıtlanması ortalama 1- 1.30 saat sürmektedir ve çalışma için 200 katılımcı dahil edilecektir. Gönüllülerin araştırmaya katılmaları halinde herhangi bir ücret ödenmeyecek, talep edilmeyecektir ve Covid 19 tedbirleri kapsamında görüşmeler yapılacaktır. Katılmamaları ve araştırmadan ayrılmaları halinde ise herhangi bir olumsuz sonuçla karşı karşıya kalmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih İmza/Tarih

Katılımcının/larınadı/soyadı Araştırmacının/ların adı/soyadı

EK 2- Kişisel Veri Toplama Formu

1. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız? ....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1)ilköğretim

2) ortaöğretim/ lise

3) önlisans

4) lisans ve üstü

3. Çalışıyor musunuz?

1)Evet

2)Hayır

4. Eşiniz kaç yaşında?...............................

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1)İlköğretim

2) ortaöğretim / lise

3) önlisans

4) lisans ve üstü

6. Eşinizle nasıl tanıştınız ?

1) Aile, komşu çevresinden

2) Okul çevresinden

3) İş çevresinden

4)Arkadaş çevresinden

5) diğer.............

7. Eşinizle akrabalık durumunuz var nedir?

1) birinci derece akraba

2) Uzak akraba

3) akraba değiliz

8. Kaç yıllık evlisiniz?...............................

9. Sosyal güvenceniz var mı?

1)Var 2) Yok

10. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile

2) Geniş aile

21. Herhangi bir sağlık personelinden aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldınız mı?

1) Evet

2) Hayır

22. Sağlık personelinden aile planlamasına dair bilgi alırken iletişim güçlüğü çektiniz mi?

1) evet – (23.soruya geçiniz)

2) hayır – (24. Soruya geçiniz)

3) sağlık personelinden bilgi almadım.

23. Karşılaştığınız iletişim sorunu neydi?

1) Dil ile ilgili problemler

2) sağlık personeline ulaşmada zorluklar.

3) iletişimi telefon vs. cihazlar aracılığıyla sağlamak

4) diğer (belirtiniz ....)

24. Sağlık personelinden aile planlaması ile ilgili bilgiyi hangi dönem aldınız?

1) Evlilik öncesi

2) Evlilik sonrası (çocuk sahibi değilken)

3) ilk doğumdan sonra

4) diğer ....

25. Aile planlaması yöntemi kullanıyormusunuz ?

1) Evet – (26 – 30.soruları yanıtlayınız)

2) hayır – (31.soruya geçiniz)

26. Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1) Hap

2) Kondom

3) RİA

4) Enjeksiyon

5) Geri çekme

6) Tüpligasyon

7) Vazektomi

8) Takvim yöntemi

9)Diğer......

27. Kullandığınız yönteme yönelik şikayetiniz var mı ?

1) evet

2) hayır

28.kullandığınız yöntemle ilgili şikayetiniz nedir?

1) kullanmada zorluk

2) yan etki

3) etkin bulmamak

4) diğer...

5) şikayetim yok

29. Ne kadar süredir aynı yöntemi kullanıyorsunuz?

1) 1 seneden daha az

2) 1-5 senedir

3) 5 – 10 senedir 4) 10 yıldan fazla

30. Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

1) kendi

2) eşi

3) kendisi ve eşi

4) Aile büyükleri

5) diğer ....

31. Daha önceden kullanıp bıraktığınız bir aile planlaması yöntemi oldu mu?

1) Evet – (32. Ve 33.soruyu yanıtlayınız)
2) Hayır

32. Hangi yöntemleri bıraktınız?

1) Kondom

3) Hap

5) Geri çekme

2) Ria

4) Enjeksiyon

6) Takvim yöntemi

33. bırakma sebebiniz nedir ?

1) Yan etki

2) sağlık sorunu

3)Söylentilerden korkma

4) Gebe olduğu için

5) Esinin istememesi

6) Gebe kalmak için

7)Kullanımda zorluk çektiği için
8) Dini inançlar

9) diğer ....

EK 3 – Aile Planlaması Tutum Ölçeği

İFADE	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir………………………………….	1	2	3	4	5
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar ……………………………….	1	2	3	4	5
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler.	1	2	3	4	5
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur………………………………………………….	1	2	3	4	5
5. Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir……………………………………..	1	2	3	4	5
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır………………..	1	2	3	4	5
7. Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur ……………………	1	2	3	4	5
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır……………………	1	2	3	4	5
9. Doğan her çocuğun rızkını "Allah" verir. ……………………	1	2	3	4	5
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır ………	1	2	3	4	5
11. Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez	1	2	3	4	5
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir ………………………	1	2	3	4	5
13. Erkek adamın erkek damadı olur………………………………	1	2	3	4	5
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur ………………………………	1	2	3	4	5
15. Kız çocuk varsa çocuğum var denilir …………………………	1	2	3	4	5
16. Spiral baş ağrısı yapar…………………………………………	1	2	3	4	5
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır. ………………………………	1	2	3	4	5
18. Spiralin mideye kaçacağından korkulur………………………	1	2	3	4	5
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	1	2	3	4	5
20. Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür…………………………………………	1	2	3	4	5
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı / arzusu az olur	1	2	3	4	5
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur……………………………………………………	1	2	3	4	5
23. Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz………	1	2	3	4	5
24. Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz………	1	2	3	4	5
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder……	1	2	3	4	5
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir	1	2	3	4	5
27. Iki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum…………………………………	1	2	3	4	5
28. Iki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum…………………………………	1	2	3	4	5
29. Gebelik kadını çekici hale getirir………………………………	1	2	3	4	5
30. Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir . …………………………………………………	1	2	3	4	5
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir………………………………………….…	1	2	3	4	5
32. Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir	1	2	3	4	5
33. Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir……………………………………………………	1	2	3	4	5
34. Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum…………………………………………………	1	2	3	4	5

EK 4 – Aile Planlaması Tutum Ölçeği Kullanma İzni



İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümü, Yüksek Lisans öğrencisi Madina BEDEL'in yapmayı planladığı "Ahıskalı Türk kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler" isimli tez çalışmasında kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.

17 Eylül 2021

Prof. Dr. Özlem ÖRSAL

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü

Ek: Ölçeğin tam hali ekte yer almaktadır.

EK 5 – Etik Kurul Kararı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : **29/11/2021**
Toplantı Sayısı : **19**
Karar Sayısı : **209**

209-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç. Dr. Başak Demirtaş'**ın danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi **Madina Bedel'**in "Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tezi ile ilgili 08/10/2021 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Doç. Dr. Başak Demirtaş'**ın danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi **Madina Bedel'**in "Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tezi ile ilgili COVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dâhil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
29/11/2021

Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK 6 – Bursa Sağlık Müdürlüğü Araştırma



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-72873149-604.01.99
Konu : Araştırma İzin Talebi (Hemşire Madina BEDEL)

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI .
ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonuna sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün ***"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler"***'e uygunluğunu değerlendirmek üzere 09/02/2022 tarihinde saat 11.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Bölümü öğrencisi Hemşire Madina BEDEL'in aynı üniversitede görevli Doç.Dr. Başak DEMİRTAŞ'ın sorumluluğunda, **"Ahıskalı Türk Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** konulu çalışmasını, Bursa Gürsu 01 Nolu Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve çalışmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen hastalara anket uygulamak yöntemiyle yapmak için Müdürlüğümüzün onayını talep ettiği görülmüştür.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
2. Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve çalışma saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
3. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Dr. İrfan OĞUZ
Halk Sağ. Hizm. Başk. Yard.

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA — Bilgi için: Zeynep KUŞAT
Telefon: Faks No: 02242240092 — HEMŞİRE
e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT — Telefon No: (0 224) 808 30 22

ÜYE
Dr. Betül Fatma ORHAN
Uzman

ÜYE
Dr. Burcu GÜVEN KACIROĞLU
Birim Sorumlusu

ÜYE
Dr. Gaye CANTEKİN AKPINAR
Uzman

ÜYE
Dr. Tülay KÖSE
Uzman

ÜYE
İbrahim ALPTEKİN
Uzman

Ek: Hemş.Madina BEDEL'in Araştırma İzin Evrakları.

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
Telefon: Faks No: 02242240092
e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z. KUŞAT

Bilgi için: Zeynep KUŞAT
HEMŞİRE
Telefon No: (0 224) 808 30 22

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Madina

Soyadı: BEDEL

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: T.C

Medeni durumu:

İletişim adresi ve telefonu:

II- Eğitim Bilgileri

13.09.2015 – 06.09.2019 Hemşirelik lisans derecesi
(*Uşak Üniversitesi sağlık yüksekokulu*)

18.09.2017 – 10.09.2020 Web Tasarımı ve Kodlama Önlisans
(*Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi*)

12.02.2020 – Devam ediyor Hemşirelik tezli Yüksek lisans programı
(Ankara Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü)

III- Mesleki Deneyim

12.08.2019 – 10.10.2019 Children's Hospital Zagreb, Zagreb – intörn Hemşire

28.12.2020 – 09.04.2021 Özel Ankara Güven Hastanesi, Ankara – servis hemşiresi

06.09.2021 - Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi – servis hemşiresi

IV - Bilimsel Etkinlikler

- 2021 Psychological First Aid – John Hopkins University (online)
- 2021 Emergency Care: Pregnancy, Infants, and Children - University of Colorado (online)
- 2020 The Health Effects of Climate Change - Harvard T.H. Chan School of Public Health
- 2019 Erasmus + Staj haraketliliği – Children's Hospital Zagreb
- 2018 Elektronik Fetal İzlem – Uşak Üniversitesi Sürekli Eğitim Araştırma Ve Uygulama Müdürlüğü